



## Associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática

Association between religiosity and functional capacity in older adults: a systematic review

Diane Nogueira Paranhos Amorim<sup>1</sup>  
Clarrissa Marreiros Lages da Silveira<sup>1</sup>  
Vicente Paulo Alves<sup>1</sup>  
Vicente de Paula Faleiros<sup>1</sup>  
Karla Helena Coelho Vilaga<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** verificar a associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos. **Método:** revisão sistemática da literatura nas bases de dados Scielo, Lilacs, MEDLINE/PubMed e Portal de Periódicos CAPES. Os descritores foram selecionados por meio da lista de Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e do *Medical Subject Headings* (Mesh). Foram incluídos artigos originais, em português e inglês, publicados no período de 2007 a 2017, com amostra composta por idosos de 60 anos ou mais. Excluíram-se estudos de: revisão sistemática ou integrativa, estudos de caso, estudos de validação de escalas, dissertações e tese, estudos sobre suporte social religioso, além de artigos que incluíram na amostra idosos e adultos. **Resultados:** Foram identificados 280 artigos, dos quais, seis foram incluídos nesta revisão. A religiosidade foi associada à melhor capacidade funcional, ao enfrentamento da incapacidade e ao retardo do declínio funcional em idosos. Diferentes aspectos da religiosidade apresentaram associação com a capacidade funcional, tais como: participação em atividades religiosas, desempenho de cargo de liderança religiosa e crenças e tradições religiosas. Em três artigos, a associação positiva da religiosidade com a capacidade funcional esteve ligada apenas às atividades religiosas públicas e não às práticas religiosas intrínsecas. **Conclusão:** a religiosidade está associada de forma significativa e positiva à capacidade funcional de idosos. A associação da religiosidade intrínseca com a capacidade funcional ainda não está clara.

**Palavras-chave:** Idoso. Religião. Espiritualidade. Atividades Diárias.

### Abstract

**Objective:** To verify the association between religiosity and functional capacity in the elderly. **Method:** a systematic review of literature in the SciELO, Lilacs, MEDLINE/PubMed and the portal of CAPES Journals databases was performed. The descriptors were selected through the list of Descriptors in Health Sciences (Decs) and Medical Subject Headings (Mesh). Original articles in Portuguese and English, published between 2007

**Keywords:** Elderly. Religion. Spirituality. Activities of Daily Living.

<sup>1</sup> Universidade Católica de Brasília, Escola de Medicina, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Brasília, DF, Brasil

Financiamento da pesquisa: Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP/DF). Bolsa de Doutorado do Programa PMD/UCB/FAPDF 2017, nº 24/2017.

and 2017, with a sample composed of elderly persons aged 60 years or more were included. Systematic or integrative reviews, case studies, scale validation studies, dissertations and theses and studies on religious social support were excluded, as well as articles that included elderly persons and adults in the sample. *Result:* 280 articles were identified, of which six were included in this review. Religiosity was associated with improved functional capacity and coping with disability and the delay of functional decline in the elderly. Different aspects of religiosity were associated with functional capacity, such as participation in religious activities, religious leadership role performance and religious beliefs and traditions. In three articles the positive association between religiosity and functional capacity was linked only to public religious activities and not to intrinsic religious practices. *Conclusion:* religiosity is significantly and positively associated with the functional capacity of the elderly. The association between intrinsic religiosity and functional capacity is still unclear.

## INTRODUÇÃO

O alcance da longevidade populacional evidenciou a necessidade de compreensão do envelhecimento humano que, apesar de ser um processo caracterizado pelas alterações físicas e biológicas, também implica alterações nas dimensões psicológicas, relacionais e sociais<sup>1</sup>.

Desde o reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde (OMS) das dimensões psicossociais para saúde e qualidade de vida, alguns aspectos começaram a ser considerados na avaliação e promoção da saúde<sup>2</sup>. Na população idosa, um desses aspectos é a religiosidade, que apresenta uma diversidade de implicações no processo saúde/doença<sup>3</sup>.

Religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser praticada de forma pública, de maneira organizacional (participação na igreja ou templo) ou não organizacional (participação em atividades fora de uma instituição religiosa) e/ou de forma intrínseca<sup>4</sup> (orações e rezas, leituras, meditações).

A relação entre os diferentes aspectos da religiosidade e da saúde no idoso vem sendo um tema de interesse da gerontologia. Alguns estudos já descreveram a associação da prática religiosa com a mortalidade, saúde física e mental<sup>5,6</sup>. Em se tratando de idoso, devemos considerar que a saúde física e mental está intimamente ligada à capacidade funcional, um novo e importante paradigma em saúde e envelhecimento<sup>7</sup>.

A capacidade funcional da pessoa idosa pode ser entendida como a habilidade de executar, com autonomia e independência, as atividades básicas de vida diária (ABVD), ligadas ao autocuidado, e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), relacionadas a uma vida independente na comunidade<sup>7</sup>.

O declínio na capacidade funcional é aceitável com o avançar da idade, no entanto, manter a independência do idoso facilita o seu convívio dentro do meio familiar e social<sup>8</sup>. A frequência e a intensidade desse declínio são muito variadas, estando associado ao sexo, cognição, nível educacional, condições gerais de saúde e uso de medicamentos<sup>9,10</sup>.

Os aspectos psicossociais também possuem um protagonismo importante nesse processo e foram descritos como fatores associados à capacidade funcional. Segundo Kagawa e Corrente<sup>7</sup>, a qualidade de vida, o autoconhecimento e a participação na comunidade influenciam o desempenho nas ABVD e AIVD. Para Nogueira et al.<sup>10</sup>, a não socialização e uma pior autopercepção da saúde apresenta associação positiva com uma pior capacidade funcional.

Desta forma, considerando-se a importância da capacidade funcional como indicador de saúde para idosos e a religiosidade como uma dimensão psicossociocultural com grande significado no cotidiano de pessoas idosas, torna-se relevante a investigação e compreensão dos benefícios que essa dimensão pode oferecer ao idoso. Neste sentido, o objetivo deste artigo foi verificar a associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos por meio de uma revisão sistemática de artigos referentes ao tema.

## MÉTODOS

Foi desenvolvida uma revisão sistemática da literatura, orientada a partir da seguinte pergunta condutora: *Qual a associação entre a religiosidade e a capacidade funcional em idosos?* A busca de artigos foi realizada no mês de abril de 2017 nas bases de dados Scielo, Lilacs, MEDLINE/PubMed e Portal de Periódicos CAPES.

Para a busca dos artigos, utilizou-se descritores em português e inglês, que foram divididos em duas categorias: categoria 1 - idoso (*elderly*), funcionalidade (*functionality*), incapacidade (*disability*), atividades de vida diária (*activities of daily living*) e atividades cotidianas; e categoria 2 - religião (*religion*) e espiritualidade (*spirituality*). Cada termo da categoria 1 foi combinado com um termo da categoria 2 (do mesmo idioma), por meio do operador booleano “AND”, até que todas as combinações tivessem sido realizadas.

Os descritores foram selecionados por meio da lista de Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e do *Medical Subject Headings* (Mesh).

Foram incluídos artigos originais, em português e inglês, publicados no período de 2007 a 2017, com amostra composta por idosos de 60 anos ou mais. Excluíram-se estudos do tipo: revisão sistemática ou integrativa, estudos de caso, estudos de validação de escalas, dissertações e tese, estudos sobre suporte social religioso, além de artigos que incluíram na amostra idosos e adultos.

O processo de busca e seleção dos artigos foi realizado por dois revisores independentes e, em caso de discordância, um terceiro avaliador era solicitado. Após a consulta às bases de dados, foram identificados estudos que apresentavam duplicidade entre as bases. Em seguida, foi realizada uma análise por título e, posteriormente, por resumo, o que permitiu a exclusão de alguns estudos. Os estudos selecionados foram lidos integralmente e incluídos nesta revisão de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foi realizada também, uma busca manual ativa nas referências dos estudos incluídos.

Os dados foram extraídos e dispostos em um formulário padrão, adaptado da Colaboração Cochrane<sup>11</sup>.

## RESULTADO

Na busca inicial utilizando os descritores, 280 artigos foram identificados, porém, apenas seis foram incluídos nesta revisão sistemática. A síntese dos métodos utilizados e dos artigos excluídos encontra-se resumida na Figura 1.

Dentre os estudos incluídos, apenas um era qualitativo<sup>3</sup>, todos os outros foram quantitativos. Dois artigos tinham design transversal<sup>12,13</sup> três eram longitudinais<sup>14-16</sup> e um era uma pesquisa etnográfica observacional<sup>3</sup>. Cinco estudos<sup>12-16</sup> foram realizados nos Estados Unidos e apenas um no Brasil<sup>3</sup> (Quadro 1).

A amostra dos estudos foi variada: três artigos<sup>14-16</sup> foram realizados com idosos americanos da comunidade, um com idosos diabéticos da zona rural com diferentes etnias (americanos, afro-americanos e brancos)<sup>13</sup>, um com idosos hispânicos (de origem mexicana) não institucionalizados, que tiveram Acidente Vascular Encefálico (AVE)<sup>12</sup> e um com idosos brasileiros cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde<sup>3</sup>.

Em dois artigos<sup>12,15</sup> os autores incluíram na avaliação da capacidade funcional, além da investigação das atividades diárias, a avaliação dos aspectos da mobilidade, como força de membros inferiores e marcha.

Todos os seis artigos apontaram uma associação significativa entre a religiosidade e a capacidade funcional de idosos, revelando seu aspecto benéfico e protetor da funcionalidade. A religiosidade foi associada à capacidade funcional de três formas distintas: enfrentamento da incapacidade<sup>3</sup>, melhor capacidade funcional<sup>13,14</sup> e retardo do declínio funcional<sup>12,15,16</sup>. Diferentes aspectos da religiosidade apresentaram associação com a capacidade funcional, tais como: participação em atividades religiosas<sup>12-15</sup>, desempenho de cargo de liderança religiosa<sup>16</sup> e crenças e tradições religiosas<sup>3</sup>.

Em três artigos<sup>13-15</sup>, a associação positiva da religiosidade com a capacidade funcional estava ligada apenas às atividades religiosas públicas, organizacional ou não organizacional e não às práticas religiosas intrínsecas, como orações e leituras.

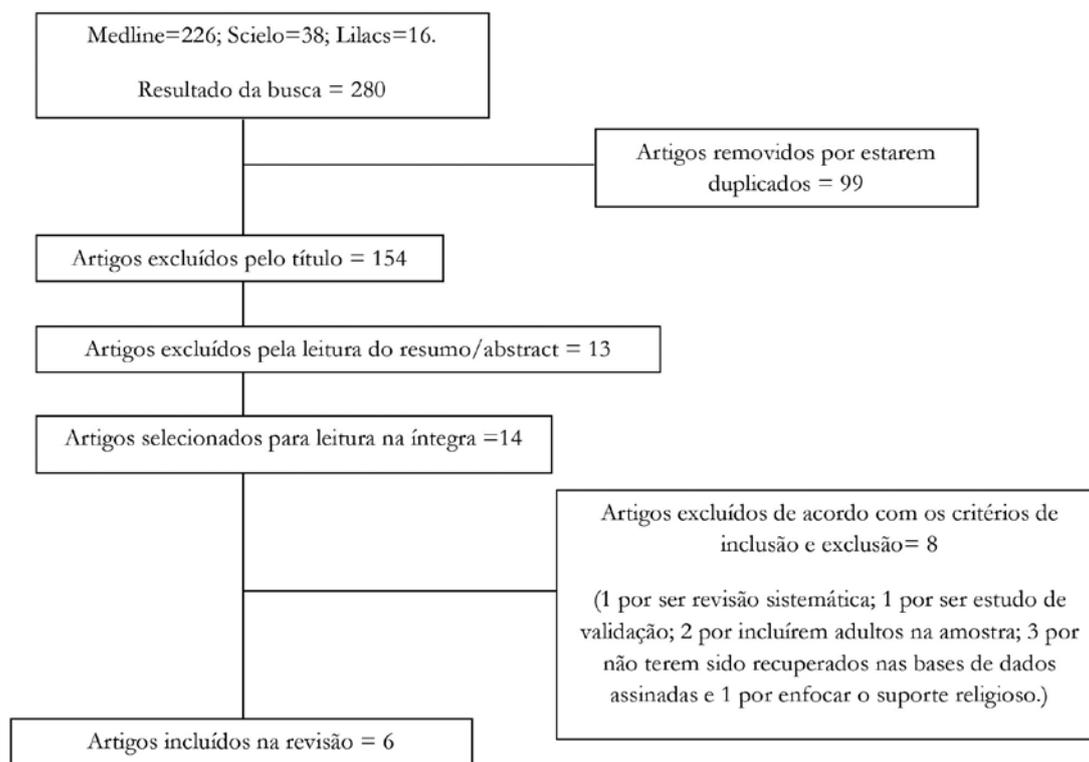


Figura 1. Fluxograma de inclusão e exclusão dos dados. Brasília, Distrito Federal, 2017.

Quadro 1. Síntese dos estudos selecionados para revisão. Brasília, Distrito Federal, 2017.

Referência	Periódico; Ano; Local	Design	Instrumentos utilizados para avaliar capacidade funcional e Religiosidade	Amostra	Principais achados
Santos et al. <sup>3</sup>	Ciência & Saúde Coletiva; 2013; Bambuí, MG	– Etnográfico observacional – Qualitativo	Entrevista semiestruturada na qual os idosos foram convocados a falar sobre a vida e sobre suas condições de saúde e eventual experiência de incapacidade funcional.	57 idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde  - Utilizado critério de saturação para regular o tamanho da amostra	As crenças e tradições religiosas mostraram ser um instrumento importante para o enfrentamento da incapacidade
Berges, Kuo e Markides <sup>12</sup>	<i>Experimental Aging Research</i> -2007 -Texas, EUA	– Transversal – Quantitativo	– ABVD e AIVD: índice de Katz, Escala de Guttman de saúde funcional.  – Mobilidade Funcional: Performace Oriented Mobility Assessment (Poma)  – Religiosidade: pergunta direta “com que frequência você vai à igreja ou a atividades religiosas?”	118 idosos hispânicos (de origem mexicana) não institucionalizados, que tiveram Acidente Vascular Encefálico (AVE)  - Amostra representativa de cerca de 500 mil idosos hispânicos	A participação frequente em atividades religiosas foi associada a um menor declínio no desempenho das AVD's ( $p=0,017$ ) e AIVD's ( $p=0,05$ ) em idosos pós Acidente Vascular Encefálico.

continua

Continuação do Quadro 1

Referência	Periódico; Ano; Local	Design	Instrumentos utilizados para avaliar capacidade funcional e Religiosidade	Amostra	Principais achados
Arcury et al. <sup>13</sup>	<i>The Journal of Rural Health</i> -2013 -Carolina do Norte, EUA	- Transversal - Quantitativo	- ABVD e AIVD: escala de funcionalidade do <i>Medical Outcomes Study</i> (MOS)  - Religiosidade: os autores elaboraram perguntas e scores sobre as práticas religiosas públicas e privadas.	701 idosos diabéticos da zona rural com diferentes etnias (americanos, afro-americanos e brancos)  - Amostra aleatória, estratificada e randomizada.	Melhor capacidade funcional foi associada às práticas religiosas públicas ( $p < 0,05$ ). Não houve associação da capacidade funcional com práticas religiosas intrínsecas.
Park et al. <sup>14</sup>	<i>Research on aging</i> -2008 -Alabama, EUA	- Observacional longitudinal - Quantitativo	- ABVD e AIVD: Escala de Lawton.  - Religiosidade: Escala de religiosidade de Duke (DUREL)	784 idosos americanos da comunidade  - Amostra estratificada por município, raça e sexo.	A participação frequente em atividades religiosas foi associada a uma menor dificuldade na realização das ABVD's ( $p = 0,001$ ) e AIVD's ( $p = 0,05$ ), porém, teve efeito protetor longitudinal apenas nas AIVD's ( $p = 0,05$ ).
Hybels et al. <sup>15</sup>	<i>The Gerontologist</i> -2012 -Carolina do Norte, EUA	- Longitudinal - Quantitativo	- ABVD e AIVD: índice de Katz, Escala de Fillenbaum.  - Mobilidade Funcional: Escala de Guttman de saúde funcional.  - Religiosidade: pergunta direta "com que frequência você vai à eventos religiosos?", "com que frequência você assiste programas religiosos na TV ou rádio?", com que frequência você gasta tempo em atividades religiosas privadas, como oração, meditação ou estudo da palavra?"	2.924 idosos americanos da comunidade  - Amostra representativa de cinco municípios do estado da Carolina do Norte	Uma maior frequência em atividades religiosas foi associada a uma menor limitação nas AVD's, AIVD's e na mobilidade ( $p < 0,0001$ ). Assistir a programas religiosos na TV ou rádio foi associado a um maior desenvolvimento de limitações nas AIVD's e na mobilidade ( $p < 0,0001$ ), na análise descontrolada. A prática religiosa intrínseca não esteve associada à mudanças funcionais.

continua

Continuação do Quadro 1

Referência	Periódico; Ano; Local	Design	Instrumentos utilizados para avaliar capacidade funcional e Religiosidade	Amostra	Principais achados
Hayward e Krause <sup>16</sup>	<i>Journal of Behavioral Medicine</i>  - 2014  - EUA	- Longitudinal.  - Quantitativo.	– ABVD e AIVD: com base em 15 itens de ABVD e AIVD os autores investigaram o número e a gravidade de limitações funcionais  – Religiosidade: pergunta direta sobre o desempenho de algum desses cargos: diácono, ancião, conselheira, pastor ou ministro, presidente de comissão, regente de coro ou professor da Escola Bíblica Dominical.	1.152 idosos americanos da comunidade  - Amostra representativa para a população de idosos dos EUA (excluindo Havaí e Alasca)	Idosos com cargo de liderança religiosa apresentaram uma trajetória de declínio funcional mais lenta e menos agressiva que a dos frequentadores de atividades religiosas sem papel de liderança ( $p=0,009$ ) e dos não frequentadores ( $p=0,004$ ).

## DISCUSSÃO

A religiosidade é um fator que interfere de maneira positiva na saúde física e mental, favorecendo um envelhecimento bem-sucedido<sup>17</sup>. Muitos idosos atribuem um valor especial à religiosidade para a melhoria de sua condição, contribuindo na sua qualidade de vida, bem-estar, integração social e psicológica<sup>1</sup>. Além disso, um estudo<sup>3</sup> incluído nesta revisão, apontou uma associação da religiosidade com o enfrentamento da incapacidade, sendo portanto, um recurso valioso para a aceitação das perdas comuns no envelhecimento, como a perda da independência funcional<sup>18</sup>.

Segundo Santos et al.<sup>3</sup>, as repostas de enfrentamento são alternativas onde o elemento negativo é controlado, assim, as crenças e comportamentos religiosos ajudam os idosos a enfrentarem o sofrimento experimentado na dependência funcional e servem como recurso para facilitar a resolução de problemas, prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas.

No processo de enfrentamento, o indivíduo desempenha papel ativo, utilizando os recursos religiosos como auxílio para reduzir a ansiedade, aumentar a esperança e ampliar o significado da existência. O envolvimento religioso pode

proporcionar aumento do senso de propósito e significado da vida, que estão associados a uma maior capacidade em responder de forma positiva às demandas do cotidiano, além disso, as meditações e orações possibilitam que a mente tenha outro enfoque, desviando o pensamento dos problemas e aflições<sup>18,19</sup>.

O suporte espiritual de pessoas da comunidade religiosa também é um recurso favorável para enfrentar os efeitos da incapacidade funcional, pois fornece aos idosos uma maneira de reestruturar os problemas de saúde física, ajudando-os a encontrar significado diante dessas adversidades. Além disso, um estudo com 583 idosos americanos mostrou que aqueles com alto nível de apoio espiritual apresentavam ganhos no controle pessoal ao lidar com a dependência funcional<sup>20</sup>.

Outros autores mostraram um maior apoio social<sup>21</sup> e formas mais positivas de enfrentamento religioso<sup>22</sup> em indivíduos que desempenham papel de liderança religiosa que, nesta revisão, esteve associado a um declínio funcional mais lento<sup>16</sup>. Segundo Hayward e Krause<sup>16</sup> a liderança religiosa pode contribuir para um envelhecimento bem-sucedido, proporcionando um senso de propósito e autoimagem positiva, além disso, o valor pessoal gerado pela liderança grupal proporciona a motivação

para se engajar em comportamentos mais saudáveis, a fim de permanecer ativo no papel, e ainda reduz potencialmente a experiência de estresse e depressão associada à perda de papéis, reduzindo assim seu impacto na saúde física.

A associação da religiosidade a uma melhor capacidade funcional, descrita em dois artigos<sup>13,14</sup> incluídos nesta revisão, é corroborada pelos achados de uma revisão<sup>17</sup> anterior que apontou benefícios da religiosidade na evolução física e funcional de idosos hospitalizados, além de correlação positiva entre espiritualidade e funcionalidade em adultos em reabilitação. Em contrapartida, no estudo de Santos e Abdala<sup>18</sup>, o qual avaliou-se a relação da religiosidade com as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, nenhuma associação foi encontrada entre a religiosidade e a dimensão “capacidade funcional”.

Por outro lado, Moraes e Souza<sup>19</sup>, apontaram que idosos cujas crenças pessoais dão maior significado a vida têm até dez vezes mais chance de ter um envelhecimento bem-sucedido. Segundo Lucchetti et al.<sup>17</sup>, a religiosidade é um dos aspectos determinantes do envelhecimento bem-sucedido, que engloba em sua definição, um alto funcionamento físico e ausência de incapacidade funcional. Assim, pode-se inferir que a religiosidade, ao influenciar positivamente o envelhecimento bem-sucedido<sup>20</sup>, influencia também na melhora da capacidade funcional.

Outros benefícios aos idosos já foram atribuídos diretamente à religiosidade, como menor medo de cair<sup>21</sup>, menor prevalência e evolução mais lenta das doenças neuro-psiquiátricas<sup>17</sup>, maior adesão a tratamentos médicos e cuidados preventivos<sup>22</sup>, o que também colabora para uma melhor capacidade funcional<sup>23,24</sup>.

A associação da religiosidade ao retardo do declínio funcional apontada em alguns dos estudos<sup>12,15,16</sup> desta revisão pode ser justificada pelo fato de os idosos com crenças religiosas serem mais propensos a adoção de hábitos saudáveis e redução da ingestão de álcool e cigarro<sup>1,25</sup>, o que os tornam menos expostos a fatores de risco para doenças crônicas que antecipam a perda da funcionalidade, como diabetes<sup>26</sup>, hipertensão arterial, doenças cardíacas e

pulmonares<sup>27</sup>, retardando assim, o declínio funcional. Ratificando essa ideia, estudos já mostraram um menor índice de doenças cardiovasculares<sup>28</sup> e depressão<sup>29</sup> em idosos com atividades religiosas e espirituais. Assim, a religiosidade parece proteger o idoso contra doenças crônicas que aceleram o declínio funcional.

Quatro artigos<sup>12-15</sup> incluídos nesta revisão apontaram associação da participação em atividades religiosas a um melhor desempenho nas ABVD e AIVD. Corroborando tais achados, estudos anteriores mostraram que a religiosidade está intimamente ligada a fatores como participação na comunidade, socialização e bem-estar<sup>17,30</sup>, e esses fatores já foram associados a um melhor desempenho nas ABVD e AIVD<sup>7,31</sup>. Isso sugere que ao trazer esses benefícios psicossociais aos idosos, a religiosidade contribui para uma maior independência nas atividades diárias.

A participação em atividades sociais e de lazer por si só também proporcionam esses benefícios psicossociais<sup>32</sup>, porém, a religiosidade vai além da participação social por estar associada à prática religiosa intrínseca<sup>13,15</sup>. Alguns autores<sup>33,34</sup> mostraram o benefício de práticas intrínsecas, como oração e meditação, no enfrentamento de doenças crônicas e dores, gerando sensação de bem-estar e relaxamento. Outro estudo descreveu<sup>4</sup> que maior nível de religiosidade intrínseca esteve associada a melhor componente mental e qualidade de vida em idosos. Porém, apesar da religiosidade intrínseca trazer benefícios a aspectos que são associados à funcionalidade<sup>21,24,35</sup>, três estudos<sup>13-15</sup> não encontraram associação da capacidade funcional com a prática religiosa intrínseca.

Uma possível hipótese para a não associação da religiosidade intrínseca com a capacidade funcional pode ser o fato de os idosos que mais declaram participação em práticas religiosas intrínseca serem aqueles com pior funcionalidade, pois, com o avançar da idade o declínio funcional é mais intenso. Há então uma tendência à diminuição da participação em atividades religiosas formais, devido a limitações físicas e funcionais. Para compensar a não frequência a templos e eventos organizacionais, os idosos acabam dedicando mais tempo a atividades religiosas intrínsecas<sup>18</sup>.

Ainda não está claro, porém, a associação existente entre maior frequência de práticas religiosas intrínsecas e declínio funcional, assim como, a associação entre religiosidade intrínseca e capacidade funcional. Também são necessários estudos comparativos da funcionalidade de idosos frequentadores de atividades religiosas e frequentadores de atividades sociais, para esclarecer se ambas as atividades desempenham o mesmo efeito na capacidade funcional de idosos.

Este estudo apresenta algumas limitações, como a escassez de artigos nacionais incluídos, deste modo, o estudo traz uma análise baseada, em grande parte, em amostras de idosos americanos. Outra limitação a ser considerada é que não houve uma padronização nos instrumentos de avaliação da religiosidade, o que pode resultar em diferentes interpretações do termo “religiosidade” pelos diferentes autores.

O presente artigo não considera uma linha religiosa específica, mas sim os benefícios das atividades religiosas à capacidade funcional.

## CONCLUSÃO

Com base nesta revisão, conclui-se que a religiosidade está associada a uma melhor capacidade funcional, a um retardo do declínio funcional e a um melhor enfrentamento da incapacidade.

As crenças e tradições religiosas, a participação em atividades religiosas e o desempenho de cargo de liderança foram os aspectos da religiosidade que estiveram associados à capacidade funcional.

Apesar de gerar bem-estar ao idoso, a associação da religiosidade intrínseca com a capacidade funcional ainda não está clara.

São necessários, portanto, mais estudos para esclarecimento da real associação da capacidade funcional com a religiosidade intrínseca, bem como uma maior valorização do aspecto religioso por todos os profissionais que lidam diretamente com o idoso, para que a dimensão psicossocial seja considerada no atendimento ao idoso e o princípio do Sistema Único de Saúde de integralidade seja respeitado.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo MFM, Almeida MI, Cidrack ML, Queiroz HMC, Pereira MCS, Menescal ZLC. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2008;21(3):201-8.
2. Organização Mundial de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS; 2005.
3. Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2319-28.
4. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(55):1-9.
5. Krause N. Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(1):35-43.
6. Hummer RA, Ellison CG, Rogers RG, Multon BE, Romero RR. Religious involvement and adult mortality in the United States: review and Perspective. *South Med J*. 2004; 97(12):1223-30.
7. Kagawa CA, Corrente JE. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):577-86.
8. Oliveira AM, Garcia PA. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosas participantes e não participantes de atividades comunitárias ligadas à igreja. *Rev Ter Ocup*. 2011;22(2):153-61.
9. Matos IE, Carmo CN, Santiago LM, Luz LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2014;14(47):2-9.
10. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEF, Franceschini SC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(4):322-9.
11. Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for systematic reviews of interventions*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
12. Berges IM, Kuo Y, Markides KS. Attendance at religious services and physical functioning after stroke among older Mexican Americans. *Exp Aging Res*. 2007;33:1-11.

13. Hybels C, Blazer D, George L, Koenig H. The Complex Association between religious activities and functional limitations in older adults. *Gerontologist*. 2012;52(5):676-85.
14. Park NS, Klemmack D, Roff L, Parker M, Koenig H, Sawyer P, et al. Religiousness and longitudinal trajectories in elders functional status. *Res Aging*. 2008;30(3):279-98.
15. Arcury T, Stafford J, Bell R, Golden S, Snively B, Quandt S. The association of health and functional status with private and public religious practice among rural, ethnically diverse older adults with diabetes. *J Rural Health*. 2007;23(3):246-53.
16. Hayward D, Krause N. Voluntary leadership roles in religious groups and rates of change in functional status during older adulthood. *J Behav Med*. 2014;37(3):543-52.
17. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, Nasri F, Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):159-67.
18. Santos NC, Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):795-805.
19. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):302-8.
20. Dendena A, Dallazen CC, Lyra LR, Tosi PC. Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido. *Unoesc Ciênc*. 2011;2(2):184-97.
21. Reyes-Ortiz CA, Ayele H, Mulligan T, Espino DV, Berges IM, Markides KS. A Higher church attendance predicts lower fear of falling in older Mexican-Americans. *Aging Ment Health*. 2006;10(1):13-8.
22. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
23. Utida KAM, Budib MG, Batiston AP. Medo de cair associado a variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições clínicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Campo Grande-MS. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):441-52.
24. Boström G, Conradsson M, Rosendahl E, Nordström P, Gustafson Y, Littbrand H. Functional capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people. *Clin Interv Aging*. 2014;4(9):249-56.
25. Abdala GA, Rodrigues WG, Torres A, Rios MC, Brasil MS. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. *REVER*. 2010;77-98.
26. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3317-25.
27. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1924-30.
28. Lucchetti G, Granero AL, Nobre F, Avezum Jr A. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(3):186-8.
29. Bekelman DB, Sydney MD, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2007;22(4):470-7.
30. Chaves LJ, Gil CA. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3641-52.
31. Ribeiro DKMN, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira, E.S. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):89-95.
32. Santos PM, Marinho A, Mazo GZ, Hallal PC. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2014;19(4):494-503.
33. Rocha ACAL, Ciosak SI. Doença Crônica no Idoso: espiritualidade e enfrentamento. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):87-93.
34. Santos ARM, Miranda AS, Ritti-Dias RM, Freitas CMSS. Limitações para caminhar em idosos com claudicação intermitente: a religiosidade como mecanismo de superação da dor. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):363-71.
35. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto contexto Enferm*. 2012;21(1):112-20.

Recebido: 21/06/2017

Revisado: 24/08/2017

Aprovado: 02/09/2017