v7.n12.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

RELIGIOSIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PESSOAS IDOSAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RELIGIOSITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG OLDER ADULTS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

RELIGIOSIDAD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Alice Vieira Santos Lima[1], Jaqueline Carvalho e Silva Sales[2], Fernando José Guedes da Silva Júnior[3], Chrystiany Plácido de Brito Vieira[4], Francisca Tereza de Galiza[5], Roberta dos Santos Avelino[6], Giovanna Vitória Aragão de Almeida Santos[7]

https://doi.org/10.47820/recima21.v7i12.9718

PUBLICADO: 12/2026

RESUMO

A religiosidade tem sido reconhecida como importante recurso de enfrentamento diante das mudanças e desafios inerentes ao envelhecimento, podendo influenciar positivamente a saúde mental das pessoas idosas. Objetivou-se analisar os níveis de religiosidade, a presença de sintomas depressivos e os fatores associados à depressão em pessoas idosas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, realizado com 298 pessoas idosas atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Teresina, Piauí. Os dados foram coletados por meio de formulário sociodemográfico e clínico, da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e do *Duke Religion Index* (DUREL), sendo submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Predominaram mulheres (66,1%), com idade entre 60 e 69 anos (61,4%), pardas (65,8%), casadas ou em união estável (51,3%) e com baixa escolaridade (38,9%). A prevalência de sintomas depressivos foi de 30,2%, dos quais 24,2% apresentaram sintomas leves ou moderados e 6,0% sintomas graves. Observou-se elevada frequência de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca, destacando-se esta última dimensão. A situação conjugal apresentou associação significativa com sintomas depressivos, sendo observadas menores chances entre solteiros e casados/união estável em comparação aos viúvos. O uso contínuo de medicamentos também esteve associado à depressão geriátrica, aumentando em aproximadamente três vezes a chance de ocorrência. Conclui-se que os participantes apresentaram elevados níveis de religiosidade e prevalência relevante de sintomas depressivos. Os achados reforçam a importância do rastreamento precoce e da implementação de ações voltadas à saúde mental da população idosa na Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas Idosas. Religiosidade. Depressão. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Religiosity has been recognized as an important coping resource in the face of the changes and challenges inherent to ageing and may positively influence the mental health of older adults. This study aimed to analyze levels of religiosity, the presence of depressive symptoms, and factors associated with geriatric depression among older adults receiving Primary Health Care.

[1] Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí (UFPI). Piauí, Brasil.
[2] Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
[3] Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
[4] Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
[5] Doutora em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
[6] Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí (RENASF/UFPI/FIOCRUZ).
[7] Acadêmica de Medicina, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Piauí, Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

This was a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach, conducted with 298 older adults attending Primary Health Care Units in Teresina, Piauí, Brazil. Data were collected using a sociodemographic and clinical questionnaire, the Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the Duke Religion Index (DUREL), and were analyzed using descriptive and inferential statistics. The sample was predominantly composed of women (66.1%), individuals aged 60–69 years (61.4%), mixed-race participants (65.8%), married or living in a stable union (51.3%), and individuals with low educational attainment (38.9%). The prevalence of depressive symptoms was 30.2%, with 24.2% presenting mild or moderate symptoms and 6.0% severe symptoms. High levels of organizational, non-organizational, and intrinsic religiosity were observed, with the latter showing the highest frequency. Marital status was significantly associated with depressive symptoms, with lower odds among single and married/stable union participants compared to widowed individuals. Continuous medication use was also associated with geriatric depression, increasing its likelihood by approximately threefold. Participants showed high levels of religiosity and a relevant prevalence of depressive symptoms. The findings highlight the importance of early screening and implementing mental health promotion strategies for older adults in Primary Health Care.

KEYWORDS: *Older Adults. Religiosity. Depression. Mental Health. Primary Health Care.*

RESUMEN

La religiosidad ha sido reconocida como un importante recurso de afrontamiento frente a los cambios y desafíos inherentes al envejecimiento, pudiendo influir positivamente en la salud mental de las personas mayores. El objetivo fue analizar los niveles de religiosidad, la presencia de síntomas depresivos y los factores asociados a la depresión geriátrica en personas mayores atendidas en la Atención Primaria de Salud. Se trata de un estudio transversal, analítico, con enfoque cuantitativo, realizado con 298 personas mayores atendidas en Unidades Básicas de Salud de Teresina, Piauí, Brasil. Los datos fueron recolectados mediante un formulario sociodemográfico y clínico, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) y el Duke Religion Index (DUREL), y analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. Predominaron las mujeres (66,1%), las personas de 60 a 69 años (61,4%), de raza/color parda (65,8%), casadas o en unión estable (51,3%) y con baja escolaridad (38,9%). La prevalencia de síntomas depresivos fue del 30,2%, de los cuales el 24,2% presentó síntomas leves o moderados y el 6,0% síntomas graves. Se observó una elevada frecuencia de religiosidad organizacional, no organizacional e intrínseca, destacándose esta última dimensión. El estado conyugal presentó asociación significativa con los síntomas depresivos, observándose menores probabilidades entre personas solteras y casadas/unión estable en comparación con las viudas. El uso continuo de medicamentos también se asoció con la depresión geriátrica, aumentando aproximadamente tres veces la probabilidad de ocurrencia. Se concluye que los participantes presentaron elevados niveles de religiosidad y una prevalencia relevante de síntomas depresivos. Los hallazgos refuerzan la importancia del rastreo precoz y de la implementación de acciones dirigidas a la salud mental de las personas mayores en la Atención Primaria de Salud.

PALABRAS CLAVE: *Personas Mayores. Religiosidad. Depresión. Salud Mental. Atención Primaria de Salud.*

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um dos principais fenômenos demográficos contemporâneos, especialmente em países em desenvolvimento, sendo acompanhado por

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

mudanças biopsicossociais que podem repercutir na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas. Embora o envelhecimento não represente, necessariamente, adoecimento, está associado a maior vulnerabilidade para condições crônicas e transtornos mentais, entre os quais se destaca a depressão (Santos *et al.*, 2022).

A depressão é considerada um importante problema de saúde pública, associada à redução da capacidade funcional, pior qualidade de vida, aumento da utilização dos serviços de saúde e maior risco de mortalidade. Entre pessoas idosas, sua ocorrência relaciona-se frequentemente a fatores como isolamento social, perda de vínculos afetivos, dependência funcional e presença de doenças crônicas (Francisco *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2022). No Brasil, estudo aponta prevalência expressiva de sintomas depressivos nessa população, evidenciando a necessidade de estratégias voltadas à promoção da saúde mental e ao rastreamento precoce desses agravos (Nascimento *et al.*, 2024).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 12,0% da população mundial enfrenta algum tipo de transtorno mental. No Brasil, essa taxa é de 6,0%, sendo a depressão o transtorno mais comum entre os brasileiros (Rocha; Bezerra; Monteiro, 2021). Segundo revisões sistemáticas com metanálise, a prevalência mundial de depressão em pessoas idosas é de 28,4% (Hu et al., 2022) e, entre as pessoas idosas brasileiras, a prevalência de sintomatologia depressiva é de 21,0% (Meneguci et al., 2019).

Segundo um estudo transversal realizado em Teresina, Piauí, durante o ano de 2022, a prevalência de sintomas depressivos entre a população idosa foi significativamente alta, com aproximadamente 26,6% das pessoas idosas apresentando depressão leve e 2,5% de depressão grave. Esses dados evidenciam a vulnerabilidade da saúde mental das pessoas idosas na região, principalmente após os impactos da pandemia COVID-19, que agravaram fatores de risco como o isolamento, a solidão e a perda de vínculos afetivos (Nascimento *et al.*, 2024).

Nesse contexto, a religiosidade tem despertado crescente interesse no campo da saúde por constituir um importante recurso de enfrentamento diante das adversidades relacionadas ao processo de envelhecimento. Entendida como a vivência e expressão da fé por meio de crenças, valores, práticas e participação em comunidades religiosas, a religiosidade pode favorecer a construção de sentido para a vida, fortalecer redes de apoio social e contribuir para o bem-estar psicológico, uma vez que indivíduos com maiores níveis de religiosidade tendem a apresentar menores índices de sintomas depressivos, ansiedade e sofrimento psíquico (Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014; Zangari; Machado, 2022).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

De acordo com o Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 56,7% da população brasileira são católicos, 26,9% são evangélicos, 9,3% não têm religião, 1,8% são espíritas, 1,0% seguem umbanda e candomblé, e 4,0% pertencem a outras religiões, evidenciando a pluralidade de crenças. O Estado do Piauí se destaca nacionalmente por apresentar a maior proporção de católicos apostólicos romanos entre pessoas com 10 anos ou mais de idade, correspondendo a 77,4% da população, enquanto 15,6% declaram-se evangélicos. Em Teresina, capital do Estado, esse índice também se sobressai, alcançando 70,1% da população, o maior percentual entre todas as capitais brasileiras (IBGE, 2022).

Considerando que o estado do Piauí apresenta forte tradição religiosa e que a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada para o cuidado à população idosa, torna-se relevante investigar como a religiosidade se manifesta nesse contexto e sua possível relação com a saúde mental. Portanto, este estudo teve como objetivo analisar os níveis de religiosidade, a presença de sintomas depressivos e os fatores associados à depressão em pessoas idosas acompanhadas na APS.

2. METODOLOGIA

Estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, realizado no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Teresina, Piauí, Brasil, em 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas por sorteio aleatório e distribuídas entre as quatro Diretorias Regionais de Saúde (Norte, Sul, Leste e Sudeste).

Para o cálculo amostral, de acordo com Arango (2009), foi utilizada a equação $n = z^2.p.(1-p)/e^2$, em que: *z* corresponde ao quantil da distribuição normal (para um intervalo de confiança de 95%, tem-se z = 1,96); *p:* é a prevalência de depressão em pessoas idosas; *e:* é a margem de erro considerada (5%). Utilizou-se a estimativa de prevalência de depressão em pessoas idosas de 16%, com base no estudo de Moraes (2012), o que resultou em amostra mínima de 207 pessoas idosas. Foram incluídas 298 pessoas idosas, número superior ao mínimo calculado, o que corresponde a margem de erro de aproximadamente 4,2% para a mesma prevalência e nível de confiança.

Destaca-se que para atingir o tamanho amostral, realizou-se a distribuição proporcional do quantitativo de pessoas idosas por DRS: Norte (69), Sul (79), Leste (78) e Sudeste (72). Posteriormente, foi distribuído proporcionalmente o quantitativo de pessoas idosas dentro das UBS, aleatoriamente selecionadas, de modo a garantir a representatividade de todo o território.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Foram incluídas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com condições cognitivas para responder à entrevista, avaliadas por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci *et al.*, 1994). Foram excluídas aquelas que não compareceram após duas tentativas de agendamento.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2023 e novembro de 2024, mediante entrevistas presenciais realizadas nas UBS. Utilizou-se formulário contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, aposentadoria, arranjo domiciliar e presença de cuidador) e clínicas (problemas de saúde e uso contínuo de medicamentos).

A presença de sintomas depressivos foi levantada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), versão simplificada com 15 perguntas objetivas com pontuação de 0 a 15 pontos, categorizados da seguinte forma: 0 a 5 pontos – ausência de sintomas depressivos; de 6 a 10 pontos – presença de sintomas de depressão; e de 11 a 15 pontos – presença de sintomas depressivos graves (Alves *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2020). Já para avaliação da religiosidade, foi utilizado o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), que apresenta cinco itens, os quais mensuram religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) (Taunay *et al.*, 2012).

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. A estatística descritiva consistiu no cálculo de frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas, e de medidas de tendência central e dispersão para as quantitativas. Para análise das associações, utilizaram-se os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher; as razões de chances (OR) brutas foram estimadas por regressão logística, com teste de Wald. A correlação entre as dimensões da religiosidade foi avaliada pelo coeficiente de Spearman, e a comparação dos escores entre os grupos, pelo teste U de Mann-Whitney, considerando-se nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, os procedimentos e a finalidade do estudo, bem como sobre seus direitos durante a participação, incluindo a possibilidade de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Após os esclarecimentos necessários e a manifestação voluntária de concordância, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer nº 6.737.464, atendendo aos princípios éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

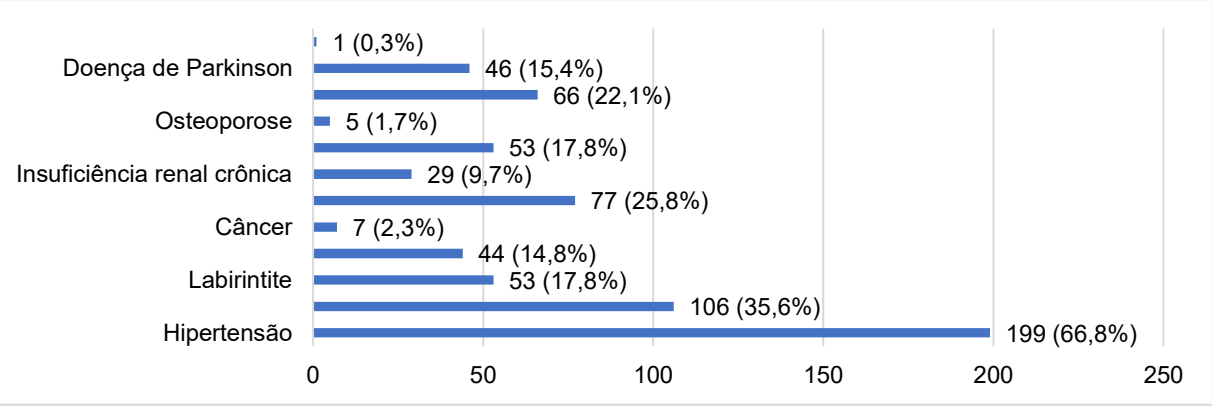
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 298 pessoas idosas, com predominância do sexo feminino (66,1%; n=197) e média de idade de 68,04 anos (±6,48; mediana de 67 anos; IC95%: 67,30–68,78), concentrando-se majoritariamente na faixa etária de 60 a 69 anos (61,4%). Quanto ao perfil sociodemográfico, verificou-se maior proporção de indivíduos autodeclarados pardos (65,8%), casados ou em união estável (51,3%), aposentados (68,8%) e com baixa escolaridade de 1 a 4 anos incompletos de estudo (38,9%).

Quanto à composição domiciliar, observou-se que 58,7% dos idosos residiam com cônjuge e/ou filhos. Em relação às condições de saúde, a maioria dos participantes não possuía cuidador (87,9%), porém 88,3% relataram apresentar algum problema de saúde. Além disso, verificou-se elevada proporção de idosos que faziam uso de medicação contínua (84,9%).

O Gráfico 1 ilustra as condições de saúde autorreferidas pelas pessoas idosas, evidenciando a elevada frequência de doenças crônicas não transmissíveis na amostra. Por se tratar de pergunta de resposta múltipla, os percentuais foram calculados em relação ao total de participantes (n=298). As condições mais frequentes foram a hipertensão arterial (n=199; 66,8%), o diabetes mellitus (n=106; 35,6%) e a dislipidemia (n=77; 25,8%). Em menor proporção, destacaram-se relatos de depressão (n=66; 22,1%), labirintite (n=53; 17,8%), osteoartrite (n=53; 17,8%), doença de Parkinson (n=46; 15,4%) e cardiopatias (n=44; 14,8%).

Gráfico 1. Distribuição das principais condições de saúde autorreferidas por pessoas idosas participantes do estudo. Teresina, Piauí, Brasil, 2023–2024



Fonte: Autores (2025).

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

A Tabela 1 descreve as dimensões da religiosidade dos participantes mensuradas pelo DUREL. Quanto à religiosidade organizacional, identificou-se que 26,2% frequentavam reuniões religiosas mais de uma vez por semana e 23,8% uma vez por semana. Os demais relataram comparecer de duas a três vezes por mês (16,4%), algumas vezes por ano (18,1%) ou uma vez por ano ou menos (10,4%), enquanto apenas 5,0% referiram nunca participar de tais encontros.

No tocante à religiosidade não organizacional (práticas individuais), constatou-se que a maioria das pessoas idosas realizava atividades religiosas diariamente (45,3%) ou mais de uma vez ao dia (26,8%). Frequências menores foram observadas para duas ou mais vezes por semana (9,4%), uma vez por semana (5,7%) e poucas vezes por mês (4,7%). Uma parcela reduzida (8,1%) relatou raramente ou nunca dedicar tempo a essas práticas (Tabela 1).

A religiosidade intrínseca revelou forte influência das crenças na vida dos investigados. A opção "totalmente verdade" foi predominante para as afirmações sobre sentir a presença de Deus (72,8%), ter as crenças internalizadas na maneira de viver (60,7%) e esforçar-se para vivenciar a religião em todos os aspectos da vida (53,4%). As respostas correspondentes a "em geral é verdade" concentraram 22,5%, 32,2% e 36,9% da amostra, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das dimensões da religiosidade segundo o DUREL em pessoas idosas da APS. Teresina, Piauí, Brasil, 2023–2024

	n(%)	IC-95%[1]
Religiosidade Organizacional (RO)		
Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?		
Mais do que uma vez por semana	78(26,2)	(21,4-31,4)
Uma vez por semana	71(23,8)	(19,3-28,9)
Duas a três vezes por mês	49(16,4)	(12,6-21,0)
Algumas vezes por ano	54(18,1)	(14,1-22,8)
Uma vez por ano ou menos	31(10,4)	(7,3-14,2)
Nunca	15(5,0)	(3,0-8,0)
Religiosidade Não Organizacional (RNO)		
Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?		
Mais do que uma vez ao dia	80(26,8)	(22,1-32,1)
Diariamente	135(45,3)	(39,7-51,0)
Duas ou mais vezes por semana	28(9,4)	(6,5-13,1)
Uma vez por semana	17(5,7)	(3,5-8,8)
Poucas vezes por mês	14(4,7)	(2,7-7,6)
Raramente ou nunca	24(8,1)	(5,4-11,6)
Religiosidade Intrínseca (RI)		
Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (Espírito Santo).		
Totalmente verdade para mim	217(72,8)	(67,6-77,6)
Em geral é verdade	67(22,5)	(18,0-27,5)
Não estou certo	4(1,3)	(0,5-3,2)
Em geral não é verdade	7(2,3)	(1,1-4,6)
Não é verdade	3(1,0)	(0,3-2,7)
As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.		
Totalmente verdade para mim	181(60,7)	(55,1-66,2)
Em geral é verdade	96(32,2)	(27,1-37,7)

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

	n(%)	IC-95%[1]
Não estou certo	12(4,0)	(2,2-6,7)
Em geral não é verdade	5(1,7)	(0,6-3,6)
Não é verdade	4(1,3)	(0,5-3,2)
Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.		
Totalmente verdade para mim	159(53,4)	(47,7-59,0)
Em geral é verdade	110(36,9)	(31,6-42,5)
Não estou certo	17(5,7)	(3,5-8,8)
Em geral não é verdade	8(2,7)	(1,3-5,0)
Não é verdade	4(1,3)	(0,5-3,2)

Fonte: Autores (2025).
[1]Intervalo de confiança de 95% para proporção.

Embora a maioria dos participantes tenha apresentado ausência de sintomas depressivos (69,8%), quase um terço da amostra (30,2%) apresentou algum grau de sofrimento psíquico. Entre os que manifestaram sintomas depressivos, 24,2% foram classificados com sintomas leves a moderados e 6,0% com sintomas graves, indicando um contingente expressivo que demanda atenção dos serviços de saúde.

A Tabela 2 apresenta a matriz de correlação de Spearman entre as dimensões da religiosidade das pessoas idosas. Observaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre todas as variáveis ($p < 0,001$), indicando que os escores das dimensões tendem a aumentar conjuntamente. A maior força de correlação ocorreu entre a Religiosidade Não Organizacional (RNO) e a Religiosidade Intrínseca (RI) ($r = 0,399$), seguida pelas relações da Religiosidade Organizacional (RO) com a RNO ($r = 0,339$) e com a RI ($r = 0,320$). Embora as magnitudes sejam moderadas, os achados indicam que as dimensões da religiosidade estão relacionadas entre si, sem que seja possível inferir direção ou causalidade.

Tabela 2. Correlação de Spearman entre as dimensões da religiosidade (DUREL) em pessoas idosas. Teresina, Piauí, Brasil, 2023–2024.

		RO	RNO	RI
Religiosidade Organizacional (RO)	CC	1,000	0,339**	0,320**
	P-valor	-	<0,001	<0,001
Religiosidade Não Organizacional (RNO)	CC	-	1,000	0,399**
	P-valor	-	-	<0,001
Religiosidade Intrínseca (RI)	CC	-	-	1,000

Fonte: Autores (2025).
[1]Correlação de Spearman
**A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

A Tabela 3 apresenta a associação entre características sociodemográficas, condições de saúde e a presença de sintomas depressivos segundo a GDS-15. No que se refere à situação conjugal, verificou-se associação estatisticamente significativa (p=0,039), indicando associação entre a situação conjugal e a presença de sintomas depressivos. Observa-se que indivíduos

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

viúvos apresentaram maior proporção de sintomas, sendo considerados categoria de referência. Em contrapartida, participantes solteiros (OR=0,417; IC95%: 0,179–0,975) e aqueles casados ou em união estável (OR=0,430; IC95%: 0,232–0,796) apresentaram menores chances de apresentar sintomas depressivos em comparação aos viúvos. Já os separados/divorciados não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Por fim, o uso de medicações de uso contínuo apresentou associação estatisticamente significativa com a depressão geriátrica (p=0,007 na análise bivariada e p=0,011 na regressão logística). Pessoas idosas que faziam uso contínuo de medicamentos apresentaram aproximadamente 3,2 vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos (OR=3,231; IC95%: 1,316–7,934) em comparação àqueles que não utilizavam, evidenciando um importante fator associado. Esse achado pode estar relacionado à presença de doenças crônicas e à maior fragilidade clínica desses indivíduos.

Tabela 3. Associação entre características sociodemográficas, condições de saúde e presença de sintomas depressivos segundo a GDS-15. Teresina, Piauí, Brasil, 2023–2024

	Depressão geriátrica				
	Ausência de sintomas	Presença de sintomas			
	n(%)	n(%)	P-valor[1]	P-valor[2]	OR (IC95%)
Sexo			0,194		
Masculino	76(36,5)	24(26,7)			
Feminino	131(63,0)	66(73,3)			
Prefiro não responder	1(0,5)	0(0,0)			
Faixa Etária			0,547		
60-69 anos	131(63,0)	52(57,8)			
70-79 anos	63(30,3)	33(36,7)			
≥80 anos	14(6,7)	5(5,6)			
Raça			0,574		
Branca	21(10,1)	12(13,3)			
Preta	41(19,7)	19(21,1)			
Parda	138(66,3)	58(64,4)			
Amarela	5(2,4)	0(0,0)			
Outros	3(1,4)	1(1,1)			
Situação conjugal:			**0,039**		
Solteiro	32(15,4)	11(12,2)		0,044	0,417(0,179-0,975)
Casado/União estável	113(54,3)	40(44,4)		0,007	0,430(0,232-0,796)

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

	Depressão geriátrica				
Separado/Divorciado	29(13,9)	11(12,2)		0,076	0,461(0,196-1,084)
Viúvo	34(16,3)	28(31,1)			b
Escolaridade			0,052		
Analfabeto	32(15,4)	23(25,6)			
Baixa (1 a 4 anos incompletos de estudo)	79(38,0)	37(41,1)			
Média (4 a 8 anos incompletos de estudo)	45(21,6)	18(20,0)			
Alta escolaridade (8 anos e mais de estudo)	52(25,0)	12(13,3)			
Aposentadoria			0,054		
Não	72(34,6)	21(23,3)			
Sim	136(65,4)	69(76,7)			
Com quem reside			0,128		
Sozinho	29(13,9)	12(13,3)			
Com cônjuge e/ou filho(s)	130(62,5)	45(50,0)			
Com familiares	47(22,6)	32(35,6)			
Com amigo	2(1,0)	1(1,1)			
Tem cuidador			0,11		
Não	187(89,9)	75(83,3)			
Sim	21(10,1)	15(16,7)			
Problema de saúde			0,073		
Não	29(13,9)	6(6,7)			
Sim	179(86,1)	84(93,3)			
Uso de medicações de uso contínuo			**0,007**	0,011	
Não	39(18,8)	6(6,7)			b
Sim	169(81,3)	84(93,3)			3,231(1,316-7,934)

Fonte: Autores (2025).
¹Teste qui-quadrado, ao nível de 5%.
²Teste de Wald, ao nível de 5%.
OR: razão de chances bruta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; b: categoria de referência.

A Tabela 4 apresenta a comparação dos escores dos domínios da religiosidade entre os participantes com ausência e presença de sintomas depressivos. Observou-se que, no domínio RO, os participantes sem sintomas apresentaram média de 2,73±1,50 e mediana de 2,00, enquanto aqueles com presença de sintomas apresentaram média de 2,89±1,56 e mediana de 3,00. Entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa (p=0,443).

Em relação à RNO, verificaram-se valores semelhantes entre os grupos, com média de 2,41±1,52 e mediana de 2,00 entre os participantes sem sintomas, e média de 2,39±1,34 e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

mediana de 2,00 entre aqueles com sintomas depressivos, não sendo observada diferença estatisticamente significativa (p=0,610). De forma semelhante, no domínio da RI, os participantes sem sintomas apresentaram média de 4,48±1,80 e mediana de 4,00, enquanto aqueles com sintomas apresentaram média de 4,51±1,86 e mediana de 4,00. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p=0,936).

Tabela 4. Comparação dos domínios da religiosidade segundo a presença de sintomas depressivos. Teresina, Piauí, Brasil, 2023–2024

	Depressão geriátrica				
	Ausência de sintomas		Presença de sintomas		
	Média±Dp	Med	Média±Dp	Med	P-valor
Religiosidade Organizacional (RO)	2,73±1,50	2,00	2,89±1,56	3,00	0,443
Religiosidade Não Organizacional (RNO)	2,41±1,52	2,00	2,39±1,34	2,00	0,610
Religiosidade Intrínseca (RI)	4,48±1,80	4,00	4,51±1,86	4,00	0,936

Fonte: Autores (2025).
¹Teste U de Mann-Whitney, ao nível 5%.

A caracterização sociodemográfica das pessoas idosas, participantes deste estudo, evidenciou predominância do sexo feminino, corroborando resultados encontrados em estudos nacionais sobre envelhecimento, os quais demonstram maior proporção de mulheres na população idosa brasileira, fenômeno conhecido como feminização da velhice (Almeida *et al.*, 2015; IBGE, 2022). Tal situação pode ser explicada pela maior expectativa de vida feminina, associada a fatores biológicos, sociais e comportamentais, além da maior procura das mulheres pelos serviços de saúde ao longo da vida (Lanziotti *et al.*, 2024).

Em relação à faixa etária, observou-se predominância da faixa etária entre 60 e 69 anos, resultado que evidencia que a amostra foi composta, em sua maioria, por idosos jovens. O envelhecimento populacional acelerado no Brasil tem ampliado o número de pessoas idosas jovens, especialmente aquelas que permanecem mais ativas funcionalmente e utilizam com maior frequência os serviços de APS. Pessoas idosas mais jovens tendem a apresentar maior independência funcional quando comparadas às mais longevas, o que pode se refletir em melhores condições de saúde, embora a faixa etária não tenha se associado aos sintomas depressivos neste estudo (Santos et al., 2022).

Quanto à raça/cor, observou-se maior proporção de pessoas idosas que se autodeclaram pardas. Esse perfil acompanha a composição demográfica da região Nordeste e do estado do Piauí, marcada por forte presença da população parda. A discussão sobre raça/cor ultrapassa aspectos demográficos, uma vez que desigualdades raciais historicamente

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

construídas podem influenciar condições de vida, acesso aos serviços de saúde, renda, escolaridade e qualidade do envelhecimento (IBGE, 2022).

No que se refere à situação conjugal, mais da metade dos participantes eram casados ou viviam em união estável. A presença de um companheiro representa importante fonte de apoio emocional, social e instrumental durante o envelhecimento, contribuindo para o enfrentamento das limitações decorrentes da idade e favorecendo maior sensação de segurança e pertencimento social. Estudos indicam que relações conjugais satisfatórias podem contribuir para melhor bem-estar psicológico e qualidade de vida entre pessoas idosas. Por outro lado, observou-se também percentual expressivo de viúvos, condição frequentemente associada a sentimentos de solidão, isolamento social e maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas depressivos, especialmente quando associada à redução da rede de apoio social (Forti; Serbena; Scaduto, 2020; Aguiar; Silva, 2022).

No que se refere à escolaridade, identificou-se predominância de baixa escolaridade, realidade ainda frequente entre a população idosa brasileira, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Tal resultado reflete desigualdades históricas de acesso à educação vivenciadas pelas gerações mais antigas, marcadas por dificuldades de acesso à educação formal, especialmente entre indivíduos provenientes de áreas rurais e famílias de baixa renda (IBGE, 2022). A baixa escolaridade é reconhecida como um importante determinante social da saúde, estando associada a menores oportunidades de trabalho ao longo da vida, dificuldades no acesso à informação, o que influencia a compreensão das orientações de saúde, a adesão aos tratamentos e o acesso a informações relacionadas ao autocuidado (Francisco *et al.*, 2022).

A maioria dos participantes era aposentada, evidenciando a relevância da aposentadoria como principal fonte de renda e segurança financeira para a população idosa. Entretanto, apesar de proporcionar estabilidade econômica, também está associada a importantes mudanças na rotina, uma vez que a interrupção das atividades laborais pode resultar na redução das interações sociais, alterações na percepção de utilidade social e necessidade de adaptação a uma nova rotina. Nesse sentido, a aposentadoria pode representar tanto um fator de proteção quanto de vulnerabilidade emocional, visto que, para algumas pessoas idosas, esse momento favorece maior disponibilidade para práticas religiosas, convivência familiar e participação comunitária; para outras, no entanto, pode desencadear sentimentos de inutilidade, perda do papel social e isolamento (Silva Filho *et al.*, 2022).

Em relação às condições de saúde, observou-se elevada prevalência de doenças crônicas. A maioria dos participantes relatou possuir algum problema de saúde e fazer uso de medicações contínuas, o que reflete a transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

país. A literatura destaca que pessoas idosas com múltiplas comorbidades tendem a apresentar maior sofrimento psicológico, pior qualidade de vida e maior risco de sintomas depressivos (Felipe; Barbosa; Virtuoso Júnior, 2022).

No que diz respeito à religiosidade, esta pode configurar-se como importante recurso de enfrentamento diante das mudanças e desafios inerentes ao envelhecimento, podendo contribuir para a promoção da saúde mental e para a redução do sofrimento psíquico. A literatura aponta que a vivência religiosa favorece a construção de sentido para a vida, fortalece a esperança e amplia a capacidade de lidar com situações adversas, estando associada a menores níveis de sintomas depressivos (Aggarwal *et al.*, 2023).

Os resultados do presente estudo demonstraram elevada frequência de práticas religiosas organizacionais, não organizacionais e intrínsecas, com destaque para a religiosidade intrínseca, que apresentou a maior média entre as dimensões avaliadas. Esse achado sugere que a fé ocupa posição central na vida das pessoas idosas, influenciando valores, comportamentos e a forma como interpretam e enfrentam os acontecimentos cotidianos. Tal resultado corrobora estudos que apontam que, nessa fase da vida, a religiosidade tende a tornar-se mais significativa, funcionando como importante fonte de conforto emocional, esperança e fortalecimento psicológico diante das mudanças biopsicossociais próprias do envelhecimento (Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014; Coelho-Júnior *et al.*, 2022).

Também foi observada expressiva participação em práticas religiosas organizacionais, como frequência a igrejas e encontros religiosos, bem como em práticas não organizacionais, incluindo orações, leituras de textos sagrados e momentos de reflexão espiritual. Salienta-se que essas diferentes formas de expressão da religiosidade podem exercer efeitos complementares sobre o bem-estar. Ademais, a participação em atividades coletivas favorece a integração social, o sentimento de pertencimento e o fortalecimento das redes de apoio (Monteiro *et al.*, 2020; Pengpid; Peltzer, 2022; Aggarwal *et al.*, 2023).

Os resultados ainda demonstraram correlação positiva e significativa entre todas as dimensões religiosas. A maior correlação foi observada entre religiosidade não organizacional e religiosidade intrínseca, indicando que pessoas idosas que realizavam práticas religiosas individuais com maior frequência também apresentavam maior internalização da fé. Esse achado reforça a compreensão de que a religiosidade constitui um fenômeno multidimensional e interdependente, no qual as práticas religiosas externas, os comportamentos individuais e a vivência subjetiva da fé encontram-se inter-relacionados (Aggarwal *et al.*, 2023).

Outro aspecto relevante diz respeito à influência da religiosidade na saúde mental da população idosa. Considerando que os participantes deste estudo apresentaram elevados níveis

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca, observa-se que a religiosidade constitui uma dimensão importante na vida dessa população. Estudos evidenciam que pessoas idosas com maior envolvimento religioso tendem a apresentar menores níveis de depressão, ansiedade e sofrimento psíquico, além de maior esperança, resiliência e satisfação com a vida (Moreira-Almeida; Koenig; Lucchetti, 2014; Aggarwal *et al.*, 2023).

A literatura apresenta resultados distintos acerca da relação entre religiosidade e sintomas depressivos, sugerindo que seus possíveis efeitos podem variar conforme as características individuais e o contexto de vida (Pengpid; Peltzer, 2022). Assim, a religiosidade pode constituir um recurso de enfrentamento, oferecendo conforto, esperança e sentido diante das adversidades, mas não deve ser compreendida de forma isolada como determinante da presença ou ausência de sintomas depressivos. Nesse sentido, os sintomas depressivos na velhice podem resultar da interação de diferentes fatores, incluindo aspectos familiares, conjugais, sociais e relacionados às condições de saúde.

Embora sexo, faixa etária e raça/cor não tenham apresentado associação estatisticamente significativa com a presença de sintomas depressivos neste estudo, esses achados não excluem sua relevância. Nesse contexto, observou-se maior proporção de sintomas depressivos entre as mulheres, resultado que pode estar relacionado às mudanças hormonais ao longo da vida, à maior exposição a situações de estresse, à sobrecarga de responsabilidades familiares e à maior longevidade feminina, fatores que ampliam a exposição às limitações e perdas associadas ao envelhecimento (Ultramari; Moreira; Hartmann, 2024; Gasparin *et al.*, 2025).

Da mesma forma, embora o avanço da idade seja frequentemente relacionado ao aumento das limitações funcionais, perdas afetivas e doenças crônicas, a idade cronológica, isoladamente, não determina o surgimento de sintomas depressivos, sendo mais relevantes aspectos como autonomia, participação social e condições de saúde (Santos *et al.*, 2022). Além disso, os impactos da raça/cor sobre a saúde mental tendem a ocorrer de forma indireta, mediados por desigualdades sociais historicamente construídas e por condições socioeconômicas que repercutem no acesso à saúde e na qualidade de vida (Fernandes *et al.*, 2025).

Diferentemente dessas variáveis, a situação conjugal apresentou associação com os sintomas depressivos, sugerindo a importância das relações interpessoais e do suporte social para a saúde mental na velhice. As pessoas idosas viúvas apresentaram maior frequência de sintomas depressivos, enquanto aquelas solteiras e casadas ou em união estável apresentaram menores chances de apresentar sintomas quando comparadas às viúvas. Esse resultado é

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

compatível com a ideia de que a perda do companheiro pode desencadear sentimentos de solidão, tristeza e redução do suporte afetivo, aumentando a vulnerabilidade ao sofrimento psicológico (Aguiar; Silva, 2022). Em contrapartida, a manutenção de vínculos conjugais pode favorecer apoio emocional, companhia e maior segurança para o enfrentamento das dificuldades inerentes ao envelhecimento (Pengpid; Peltzer, 2022).

Embora escolaridade, situação ocupacional, dependência para atividades diárias e presença de doenças crônicas não tenham apresentado associação estatisticamente significativa com os sintomas depressivos neste estudo, a literatura aponta que essas variáveis podem influenciar a saúde mental de forma indireta. Baixos níveis de escolaridade podem dificultar o acesso à informação e ampliar situações de vulnerabilidade social, enquanto a aposentadoria pode estar associada a mudanças na rotina e no convívio social. Da mesma forma, a perda da autonomia e o convívio com doenças crônicas podem favorecer sentimentos de dependência, limitações funcionais e redução da qualidade de vida. Além disso, o apoio familiar pode atuar tanto como fator de proteção quanto como fonte de conflitos, dependendo das relações estabelecidas no ambiente domiciliar (Cassiani *et al.*, 2020; Coelho-Júnior *et al.*, 2022).

Nesse contexto, entre os fatores relacionados às condições de saúde que apresentaram associação significativa, destaca-se o uso contínuo de medicamentos. As pessoas idosas que utilizavam medicações de forma contínua apresentaram aproximadamente três vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos quando comparadas àquelas que não utilizavam. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que o uso contínuo de medicamentos geralmente está relacionado à presença de doenças crônicas e à maior fragilidade da saúde. Além disso, a polifarmácia pode aumentar a percepção de adoecimento, gerar preocupação constante com a saúde e comprometer a qualidade de vida, influenciando negativamente o bem-estar emocional (Walker *et al.*, 2024; Coelho-Júnior *et al.*, 2022).

Como limitações do estudo, destaca-se sua realização exclusiva com pessoas idosas atendidas na ESF de Teresina-PI, o que restringe a generalização dos resultados para outras populações. A utilização de entrevistas e autorrelato pode ter ocasionado vieses de memória e de desejabilidade social, especialmente nas questões sobre religiosidade. Além disso, o delineamento transversal impossibilita estabelecer relações causais; a GDS-15 constitui um instrumento de rastreamento, não substituindo o diagnóstico clínico de depressão; e as razões de chances não foram ajustadas por possíveis fatores de confusão. Apesar dessas limitações, os achados contribuem para ampliar o conhecimento sobre a religiosidade e a saúde mental da população idosa, oferecendo subsídios para o fortalecimento do cuidado integral na APS.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu ampliar o conhecimento sobre a relação entre religiosidade e sintomas depressivos em pessoas idosas, evidenciando a importância de considerar dimensões que ultrapassam os aspectos biológicos do cuidado. Os achados reforçam que o envelhecimento é um fenômeno complexo e multidimensional, influenciado não apenas pelas condições clínicas, mas também por fatores emocionais, sociais, culturais e subjetivos que permeiam a experiência de envelhecer.

Nesse contexto, a religiosidade pode constituir um importante recurso de apoio e enfrentamento diante das adversidades inerentes ao processo de envelhecimento, contribuindo para a construção de sentido de vida, fortalecimento da esperança, promoção da resiliência e ampliação das redes de suporte social. Assim, reconhecer e respeitar essa dimensão no cuidado à pessoa idosa representa um passo importante para a consolidação de uma assistência mais humana, integral e centrada nas singularidades de cada indivíduo.

Diante disso, destaca-se a necessidade de que os profissionais da ESF estejam atentos aos múltiplos fatores que influenciam a saúde mental das pessoas idosas, desenvolvendo estratégias de cuidado que contemplem não apenas a identificação precoce dos sintomas depressivos, mas também o fortalecimento dos recursos pessoais e sociais que favorecem o envelhecimento saudável.

Por fim, espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento das discussões sobre saúde mental, envelhecimento e religiosidade, além de incentivar novas investigações sobre a temática, ampliando o conhecimento científico e subsidiando práticas de cuidado cada vez mais qualificadas e sensíveis às necessidades da população idosa.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, S. K. *et al.* Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v. 23, n. 1, 2023.

AGUIAR, R. S.; SILVA, H. S. Qualidade da atenção à saúde do idoso atenção primária: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 21, n. 1, p. 545–589, 1 jan. 2022.

ALMEIDA, A. V. *et al.* A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social / The Feminization of Old Age: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, p. 115–131, 30 jun. 2015.

ALVES, E. S. *et al.* Relação entre duração do sono, sintomas depressivos e estresse em pessoas idosas da comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 72, n. 2, p. 90–99, 2023.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1–7, 1994.

CASSIANI, S. H. D. B. *et al.* Combinação de tarefas do enfermeiro e de outros profissionais na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 1, 17 jul. 2020.

COELHO-JÚNIOR, H. J. *et al.* Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Frontiers in medicine**, v. 9, p. 877213, 2022.

FELIPE, L. R. R.; BARBOSA, K. S. S.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S. Sintomatologia depressiva e mortalidade em idosos da América Latina: uma revisão sistemática com metanálise. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. 1, 9 dez. 2022.

FERNANDES, D. S.; CERVANTES, E. R.; SILVA, M. P. A.; RODRIGUES, R. A. P. Linhas de cuidado de enfermagem para o envelhecimento sustentável e saudável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, supl. 1, p. e20240051, 2025. Disponível em: **https://www.scielo.br/j/reben/a/cVyqNvSQbhCs4BgzqKmV5JM/?format=pdf&lang=pt**.

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1463–1474, abr. 2020.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2655–2665, 17 jun. 2022.

GASPARIN, V. A. *et al.* Assistência à saúde da mulher idosa na Atenção Primária: scoping review. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 35, n. 2, 2025.

HU, T. et al. Prevalence of depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, v. 311, p. 114511, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama do Censo 2022. Disponível em: **https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/**. Acesso em: 12 out. 2025.

LANZIOTTI, S. *et al.* Differences between men and women in the prevalence of frailty and associated factors among older adults: evidence from ELSI-Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. e00144923, 2024.

MENEGUCI, J. et al. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 68, n. 4, p. 221-230, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000250.

MONTEIRO, D. D. *et al.* Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 98, p. 129–139, 2020.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

MORAES, E. N. (Org.). **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), 2012.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 2, p. 176–182, abr. 2014.

NASCIMENTO, V. S. *et al.* Transtornos mentais comuns em adultos e idosos durante a pandemia de COVID-19: estudo transversal – EpiCOVID-Piauí, 2022. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, set. 2024. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/transtornos-mentais-comuns-em-adultos-e-idosos-durante-a-pandemia-de-covid19-estudo-transversal-epicovidpiaui-2022/19378?id=19378. Acesso em: 12 out. 2025.

PENGPID, S.; PELTZER, K. Religiosity and Depression Among Community-Dwelling Older Adults in India: Results of a National Survey in 2017–2018. **Journal of Religion and Health**, 25 ago. 2022.

ROCHA, B. L.; BEZERRA, P. C. L.; MONTEIRO, G. T. R. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 24, n. 3, 2021.

SANTOS, J. F. *et al.* Educational interventions as a possibility to prevent depression in the elderly in a housing project. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 11, n. 1, 2022. DOI: https://doi.org/10.26694/reufpi.v11i1.2783.

SILVA FILHO, J. A. da *et al.* Religiosity and spirituality in mental health: nurses' training, knowledge and practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, supl. 3, 2022.

SILVA, V. P. *et al.* Escala de depressão geriátrica como instrumento assistencial do enfermeiro no rastreio de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. **Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 3, p. 12166-121**77, 2020.

TAUNAY, T. C. D. *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012.

ULTRAMARI, L. R.; MOREIRA, M.; HARTMANN, F. A depressão nos DSM: de reação a transtorno, de efeito a causa. **Psicologia USP**, v. 35, 1 jan. 2024.

WALKER, F. *et al.* Cuidado ao idoso na atenção primária à saúde: percepções de enfermeiros. **Enfermagem em Foco**, v. 15, 1 jan. 2024.

ZANGARI, W.; MACHADO, F. R. **Fundamentos da psicologia da religião: aspectos individuais e psicossociais.** Curitiba: CRV, 2022. 149 p.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.