

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE – PPgS

ALEXANDRE AUGUSTO MACÊDO CORRÊA

Investigando o papel do suporte social na associação entre religiosidade e transtorno mental comum em idosos de baixa renda: resultados do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH)

Juiz de Fora  
2009

ALEXANDRE AUGUSTO MACÊDO CORRÊA

Investigando o papel do suporte social na associação entre religiosidade e transtorno mental comum em idosos de baixa renda: resultados do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde: área de concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde.

Orientador: Dr. Alexander Moreira-Almeida

Juiz de Fora  
2009

Corrêa, Alexandre Augusto Macedo.

Investigando o papel do suporte social na associação entre religiosidade e transtorno mental comum em idosos de baixa renda : resultados do São Paulo Ageing & Health Study / Alexandre Augusto Macedo Correa. – 2009.

126 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Brasileira)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Religiosidade popular. 2. Idosos. 3. Saúde mental. I. Título.

CDU 291.3

ALEXANDRE AUGUSTO MACÊDO CORRÊA

Investigando o papel do suporte social na associação entre religiosidade e transtorno mental comum em idosos de baixa renda: resultados do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde: área de em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Alexander Moreira-Almeida – Orientador  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Franklin Santana Santos  
Universidade de São Paulo

---

Profa. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira  
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico a todos que fazem de sua  
profissão e de sua vida uma  
oportunidade de mudança e de  
crescimento íntimo.*

*Agradeço...*

*Acima de tudo, agradeço à Deus por toda experiência vivida.*

*À minha família, por compreender que a ausência em muitas ocasiões foi resultado de trabalho e estudo. Pelo apoio, carinho e compreensão.*

*Pelos amigos que também souberam entender que nem sempre estar presente é deixar de amar e se importar.*

*Pelos companheiros que sofreram juntos em disciplinas que nos fizeram retornar às cadeiras escolares, fazendo das aulas momentos cheios de lembrança e de alegria.*

*Pelos novos amigos do NUPES... que serão amigos por longo tempo... pela força transmitida, pelas palavras ditas e pela troca de conhecimento... muito obrigado.*

*Em especial, a companheira de estudos, alegrias e 'sofrimentos', Mirna Salomão. Uma pessoa incrível, inteligente, trabalhadora e dedicada... um exemplo a seguir sempre.*

*Pela Professora Darcilia... e pelos vários cabelos brancos que fiz surgir nela e, com ternura e sorriso, sempre nos recebeu.*

*Pelos Mestres que "com carinho" foram fundamentais na formação deste novo profissional.*

*Pelos Professores participantes da Banca de Defesa que nos fazem superar os desafios desse universo da academia.*

*À Profa. Márcia Scazufca e todos os outros pesquisadores que não só permitiram mas trabalharam juntos na construção de todo esse projeto.*

*E... por neste tempo integral, ter sido aquele que me fez caminhar com segurança, com responsabilidade, apontando os passos e orientando a trajetória. Obrigado Prof. Alexander, meu Orientador! Eu já sei, como quem quero ser quando crescer!*

*“Depois de algum tempo você aprende a diferença, a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma. E você aprende que amar não significa apoiar-se, e que companhia nem sempre significa segurança. E começa a aprender que beijos não são contratos e nem promessas. E começa a aceitar suas derrotas de cabeça erguida e olhos adiante, com a graça de um adulto e não a tristeza de uma criança. E aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão.*

*Aprende que falar pode aliviar dores emocionais. Descobre que se leva um certo tempo para construir confiança e apenas segundos para destruí-la, e que você pode fazer coisas em um instante, das quais se arrependerá pelo resto da vida.*

*Aprende que não temos que mudar de amigos se compreendemos que os amigos mudam. Descobre que as pessoas com quem você mais se importa na vida são tomadas de você muito depressa. Por isso sempre devemos deixar as pessoas que amamos com palavras amorosas, pode ser a última vez que a vejamos. Aprende que as circunstâncias e os ambientes tem influência sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos. Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que se quer ser, e que o tempo é curto.*

*Aprende que não importa onde já chegou, mas onde está indo, mas se você não sabe para onde está indo, qualquer lugar serve. Aprende que, ou você controla seus atos ou eles o controlam, e que ser flexível não significa ser fraco ou não ter personalidade, pois não importa quão delicada e frágil seja uma situação, sempre existem dois lados.*

*Aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as conseqüências. Descobre que algumas vezes, a pessoa que você espera que o chute quando você cai, é uma das poucas que o ajudam a levantar-se.*

*Aprende que quando está com raiva tem direito de estar com raiva, mas isso não te dá o direito de ser cruel.*

*Descobre que só porque alguém não o ama do jeito que você quer, não significa que esse alguém não o ama com tudo o que pode, pois existem pessoas que nos amam mas simplesmente não sabem como demonstrar ou viver isso.*

*Aprende que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém, algumas vezes você tem que aprender a perdoar-se a si mesmo. Aprende que com a mesma severidade com que julga você será em algum momento condenado. Aprende que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido, o mundo não pára para que você o conserte.*

*Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás. Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores.*

*E você aprende que realmente pode suportar. Que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe. Depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida.”*

W. Shakespeare

## RESUMO

**Introdução:** A religiosidade tem sido associada à saúde física e mental com especial importância na população idosa. Existe uma carência de estudos abordando os mediadores desta associação, dentre eles o suporte social. **Objetivo:** Analisar a associação entre dimensões de religiosidade e prevalência de transtornos mentais comuns (TMCs) entre idosos e testar o suporte social como mecanismo explicativo dessa suposta associação. **Método:** De uma amostra composta pela população idosa de uma região de baixa renda de São Paulo (N = 1.980) foram coletados dados sociodemográficos, suporte social, indicadores de religiosidade e prevalência de TMC. Foi utilizada a regressão logística binomial para investigar a associação entre TMC e as três dimensões de religiosidade controlando para as variáveis sócio-demográficas e entre as dimensões de religiosidade e de suporte social. Posteriormente os diferentes tipos de suporte social (apoio recebido de parentes, de amigos, vizinhos e suporte oferecido) foram, primeiro, separadamente, depois em conjunto, incluídos no modelo para avaliar o seu efeito moderador na relação entre TMC e religiosidade. Foi adotado um nível de significância de 5%. Foi também realizado um teste de tendência linear na avaliação da relação entre religiosidade organizacional e TMC. **Resultados:** 90,7% da amostra considerou-se religiosa. 66,6% Católico. 41,2% freqüentam uma ou mais vezes alguma atividade religiosa semanalmente. 84,1% não freqüentam atividades em nenhuma instituição social. A presença de TMC não foi associada com filiação religiosa mas houve uma tendência a uma correlação inversa com considerar-se religioso ( $r=-0,04$ ,  $p=0,06$ ). A prevalência de TMC para os que freqüentam serviço religioso foi aproximadamente a metade (OR entre 0,43 e 0,55,  $p<0,001$ ) daqueles que nunca freqüentam. Maior freqüência a serviços religiosos também se associou a maiores níveis de suporte social. A associação entre maior freqüência e menos TMC não sofreu alterações relevantes após inclusão das variáveis de suporte social. **Conclusão:** A amostra apresentou altos níveis de religiosidade, forte associação entre freqüência religiosa e menor prevalência de TMCs, que não foi explicada pelo suporte social. **Palavras-chave:** Religiosidade/Espiritualidade. Idoso. Saúde mental. Apoio social. Transtorno mental.



## ABSTRACT

**Introduction:** Religiosity has been linked to mental and physical health with special relevance in regards to the elderly population. There exists a lack of studies approaching the mediators of such a link, including social support. **Aim:** To analyze the link between religiosity dimensions and the prevalence of Common Mental Disorders (CMDs) amongst the elderly, and to test the social support as an explanatory mechanism of the alleged link. **Method:** From a sample of a study representing the elderly population of a low income area in São Paulo (N=1,980) social-demographic data, social support, indicators of religiosity and the prevalence of CMD were collected. **Results:** 90.7% of the people who took part in the study considered themselves religious. 66.6% Catholic. 41.2% attend some kind of religious activity one or more times per week. 84.1% do not participate in activities at any social institutions. The presence of CMD was not linked to religious affiliation but there was a tendency to an inverted correlation between considering oneself religious ( $r=-0,04$ ,  $p=0,06$ ). The prevalence of CMD in those who attend religious services was of approximately half (or between 0.43 and 0.55,  $p<0.001$ ) of those who never do. Such a link between higher attendance and less CMD did not suffer relevant alterations after the inclusion of the social support variables. **Conclusion:** The study showed high levels of religiosity, a strong association between religious frequency and a lower prevalence of CMD, which was not explained by the social support.

**Keywords:** Religiosity/Spirituality. Elderly. Mental health. Social support. Mental disorder.

## LISTA DE TABELAS, QUADROS e GRÁFICOS

### QUADROS

<i>Quadro 01- Expectativa de vida ao nascimento – Brasil 1900 a 2020 ambos os sexos</i>	<b>07</b>
<i>Quadro 02 - Brasil – População Idosa e Índice de Idosos por Sexo – 1995-2050</i>	<b>07</b>
<i>Quadro 03 – Número Índice de Base Fixa dos Índices de Idosos das Regiões Brasileiras 1950-2050 (Norte, 1950 = 100)</i>	<b>08</b>
<i>Quadro 04 – Variáveis coletadas no estudo</i>	<b>55</b>

### TABELAS

<i>Tabela 01 - Características sociodemográficos para os participantes do estudo</i>	<b>57</b>
<i>Tabela 02 - Características de TMC e pontuação no SRQ para os participantes do estudo</i>	<b>58</b>
<i>Tabela 03 - Características de religiosidade subjetiva, organizacional e filiação religiosa para os participantes do estudo</i>	<b>59</b>
<i>Tabela 04 - Características do Suporte Social para os participantes do estudo e sua associação com frequência religiosa, controlando para sociodemográficos</i>	<b>60</b>
<i>Tabela 05 - Correlação entre presença de TMC (<math>SRQ \geq 5</math>) e indicadores de religiosidade</i>	<b>61</b>
<i>Tabela 06 - Correlação entre presença de TMC (<math>SRQ \geq 5</math>) e Frequência Religiosa</i>	<b>62</b>

### GRÁFICOS

<i>Gráfico 04 - Características de TMC para os participantes do estudo</i>	<b>58</b>
--	-----------

### FIGURAS

<b>Figura 01</b> <i>Subprefeitura do Butantã/SP</i>	<b>53</b>
---	-----------

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>01</b>
<b>I - VARIÁVEIS DO ESTUDO</b>	<b>06</b>
I.1 – Envelhecimento	06
I.2 – Suporte social	15
I.3 – Religiosidade	20
I.4 – Transtornos Mentais Comuns – TMC	30
I.5 – Associando as variáveis	37
<b>II - OBJETIVO</b>	<b>51</b>
Objetivo Geral	51
Objetivo Específico	51
<b>III - MÉTODO</b>	<b>52</b>
III.1 - Procedimento de coleta de dados	53
III.2 - Variáveis e medidas de avaliação	53
III.3 - Assuntos éticos	56
III.4 - Análise estatística	56
<b>IV - RESULTADOS</b>	<b>57</b>
IV.1 – Dados descritivos	57
IV.2 – Análises e regressões	61
<b>V - DISCUSSÃO</b>	<b>63</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>82</b>

## INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento da população mundial é considerado um fato recente, universal e decorrente de um processo conhecido como transição demográfica. As causas apresentadas para o aumento desta expectativa de vida são multifatoriais, mas suas conseqüências percebidas são igualmente importantes do ponto de vista social, médico e de políticas públicas. (COSTA et al., 2003)

Relacionado ao processo de transição demográfica, o Brasil passa também pelo processo de transição epidemiológica. Esse processo caracteriza-se pela diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis, aumento da mortalidade por doenças não-transmissíveis e por causas externas. (COSTA et al., 2003)

Com a transição epidemiológica, modifica-se o perfil de saúde da população. Em vez de processos agudos que ‘se resolvem rapidamente’ por meio da cura ou do óbito, as doenças crônicas não-transmissíveis passam a predominar e, com elas, mais incapacidades e maiores gastos com saúde.

A prevalência geral de doenças crônicas aumentará como conseqüência desse processo de envelhecimento populacional, pois aquelas são mais freqüentes neste grupo etário, transferindo a ênfase dos programas governamentais de saúde e previdência do objetivo da cura e sobrevivência, para o da melhora do estado funcional, qualidade de vida e do bem-estar. Tal fato possui implicações consideráveis quanto ao treinamento de profissionais e recursos materiais relacionados ao sistema de saúde.

Diante desse processo de envelhecimento populacional, o objetivo deixa de ser apenas prolongar a vida, mas, também e principalmente, a manutenção da capacidade funcional de cada indivíduo, de forma que ele permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. (SOARES et al., 2001)

Recentemente, na literatura científica específica, vem havendo uma preocupação crescente com o estabelecimento de parâmetros mais amplos de avaliação de saúde. Nesse contexto, o interesse no desenvolvimento de medidas de desfecho como ‘bem-estar’ e ‘qualidade de vida’ tem tido notável crescimento. Dentro de uma avaliação mais abrangente da saúde e seus determinantes, a investigação da espiritualidade/religiosidade tem recebido cada vez maior atenção.

As implicações da espiritualidade e religiosidade na saúde vêm sendo cientificamente avaliadas em centenas de artigos, apontando sua relação com vários aspectos

da saúde física e mental. Tais associações tendem a ser mais robustas em populações idosas ou sob fatores estressores. (MOREIRA-ALMEIDA, 2006a)

Cada vez mais pesquisas sugerem que a religiosidade e a espiritualidade sejam fatores importantes na vida das pessoas, principalmente quando estão doentes ou sofrendo. Revisões das pesquisas na área indicam que a religiosidade pode estar associada a maior bem estar, menor prevalência e melhor prognóstico de transtornos mentais, bem como menores taxas de suicídio, delinquência, abuso de drogas e de mortalidade geral. A força da associação inversa entre religiosidade e transtornos mentais tem se mostrado mais robusta em populações sob situações de estresse tais como incapacidade física e pobreza. (McCULLOUGH et al., 2000; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006b; KOENIG et al., 2001)

No presente estudo, adotamos o conceito de religião como um sistema organizado de práticas, rituais, crenças e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado, e espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e o transcendente. A religiosidade pode ser investigada através de suas diversas dimensões, dentre as mais pesquisadas estão: a religiosidade subjetiva (o quanto a pessoa se considera religiosa), filiação religiosa (a qual denominação religiosa o indivíduo pertence) e religiosidade organizacional (com que frequência o indivíduo vai à igreja, cultos ou outras atividades religiosas). Esta última dimensão tem se demonstrado como a mais consistentemente associada a indicadores positivos de saúde. (KOENIG, et al., 2001)

No entanto ainda existem muitas lacunas importantes no entendimento da associação entre religiosidade e saúde. Entre elas estão a ampliação dos estudos além do eixo América do Norte/Europa e melhor compreensão dos mecanismos explicativos desta associação (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2006b). Além disso, uma revisão de 1.200 pesquisas publicadas sobre religiosidade e saúde ao longo do século XX concluiu, dada a maior religiosidade da população idosa, pela necessidade de pesquisas que identifiquem como os idosos podem utilizar melhor os recursos religiosos e como as comunidades religiosas podem ser mobilizadas para prover o cuidado e serviço ao idoso. (KOENIG, et. al, 2001)

Entre os mecanismos propostos para a explicação da influência da religiosidade sobre a saúde estão o suporte social, hábitos saudáveis/estilo de vida e esquemas cognitivos proporcionados não só pela religiosidade (KRAUSE, 2006a; 2006b). Uma revisão sobre o potencial papel mediador destes fatores apontou resultados mistos e inconsistentes, sugerindo necessidade de maior investigação destes mecanismos. (GEORGE, et al., 2002)

A hipótese de que o apoio social medeia a relação entre religião e saúde mental é compatível com a constatação de que a frequência a serviços religiosos tem se mostrado como a dimensão de religiosidade com maior poder preditor de saúde e mortalidade. Frequentar serviços religiosos parece aumentar a probabilidade de desenvolvimento de redes sociais de apoio. (GEORGE, et al., 2002)

Cobb (1976) define suporte social como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Os estudos existentes indicam uma relação do suporte social com menor morbidade, bem como melhor prognóstico e restabelecimento do indivíduo. Vários estudos têm apontado a associação entre suporte social e níveis de saúde e/ou a presença de suporte social funcionando como agente “protetor” frente ao risco de doenças induzidas por estresse. (Cobb 1976 apud COHEN, 2004)

Dentre os diversos aspectos do suporte social identificados como possíveis preditores de saúde e bem-estar estão: a estrutura das nossas redes sociais, o apoio que recebemos dos outros, o apoio social oferecido, a qualidade e a quantidade das nossas interações sociais e os nossos sentimentos de isolamento e solidão (COHEN, 2004). Tem sido observado que indivíduos com níveis mais elevados de religiosidade apresentam em maioria níveis mais altos de suporte social (KRAUSE, 2001). Vários estudos longitudinais tem demonstrado que o estresse em mulheres afetam tanto a sua saúde quanto a qualidade de vida, contudo, as mulheres costumam utilizar mais em seu enfrentamento a busca de suporte social e a fé religiosa como maiores formas de coping (RAO, 2009). Em outro estudo comparando os efeitos da religiosidade sobre a saúde e o bem-estar, os resultados indicaram que as pessoas que se identificam como religiosos, independentemente da sua filiação religiosa, tendem a relatar uma melhor saúde, felicidade e maior suporte social (GREEN & ELLIOTT, 2009). Em um levantamento com 838 pacientes internados em um serviço de clínica geral e com mais de 50 anos, a religiosidade esteve relacionada a um maior suporte social, menores sintomas depressivos, melhor desenvolvimento cognitivo e maior senso de cooperação. (KOENIG, et al., 2004a)

Dada esta associação de suporte social com religiosidade e com melhor saúde, a questão que permanece é do possível papel do suporte social como um mecanismo pelo qual o envolvimento religioso promove a saúde e a longevidade. Estudos sugerem que pode haver algo relativamente exclusivo sobre o apoio social que é prestado no ambiente religioso,

diferenciando o suporte social religioso do suporte social secular (KRAUSE, 2006a; 2006b). O grupo religioso pode compartilhar e fomentar o desenvolvimento de um enfoque cognitivo para interpretar as alegrias e as perdas na vida que é essencialmente útil aos indivíduos sob estresse, fornecendo recursos para ajudar as pessoas a encontrar sentido nos acontecimentos da vida, significados que são socialmente partilhados. (IDLER, et al., 1997)

Krause (2006a; 2006b) em um estudo prospectivo de três anos, uma amostra nacional de 1500 idosos dos Estados Unidos, investigou a relação com a religiosidade e seu impacto sobre a mortalidade. Receber apoio dos membros frequentadores da mesma igreja foi positivamente relacionado com a mortalidade e, a frequência de atendimento religioso também foi inversamente relacionada com a mortalidade. Alguns estudos demonstram uma relação indireta entre a frequência religiosa e o bem-estar psicológico através da dimensão da identidade religiosa e do suporte social (ELLISON, 1991; KRAUSE, et al., 2004a). O suporte social derivado da filiação religiosa tem sido associado a melhores níveis de saúde mental (ELLISON, 1991). Verificou-se que a frequência em diversas atividades religiosas estruturadas por fortes vínculos ou laços de amizade estão associadas a uma maior prevenção à saúde mental. Em contrapartida, ao vivenciarem conflitos sociais, os indivíduos frequentadores de uma única atividade religiosa tendem a ter maior dificuldade de enfrentar e superar estes conflitos (KRAUSE, 2004b). Por outro lado, em outros estudos, o suporte social não apresentou qualquer efeito mediador. Estas conclusões podem ser resultantes do modelo pesquisado, ou seja, pelas dimensões investigadas tanto do suporte social quanto da religiosidade. Contudo, nos estudos que o suporte social não apareceu como mediador da religiosidade com a saúde mental, o suporte social foi percebido como importante preditor nos resultados de saúde (mortalidade, invalidez, depressão e saúde física). (GOLDMAN, et. al, 1995; HOUSE, et. al, 1988, KOENIG, et. al, 1997)

Tendo em vista os diversos aspectos citados acima, torna-se necessário investigar melhor o impacto da religiosidade sobre a saúde, notadamente na população idosa fora do eixo Europa/América do Norte, bem como compreender melhor o papel do suporte social como mediador da associação entre religiosidade e saúde mental.

A presença de sofrimento psíquico dos idosos foi aferida por meio do Self Reported Questionnaire – SRQ-20, que foi validado para o português por Mari e William (1986). Exemplos de itens que compõem a SRQ-20: sentir-se nervoso(a), tenso(a) ou agitado(a); sentir-se triste; sentir-se cansado(a) o tempo todo; ter dores de cabeça frequentemente; ter dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias, cansar-se com facilidade; ter falta de apetite; e ter má digestão. É composta por itens que aferem

sintomas somáticos de humor depressivo/ansioso, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos, segundo classificação sugerida por Iacononi e Mari (1998). O conceito de transtornos mentais comuns (TMC) pode auxiliar bastante nesta exploração do impacto da religiosidade na saúde pública. Entende-se por TMC, ou transtornos mentais comuns, a presença de sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas. Os TMCs atingem mais de 25% da população do mundo, afetando pessoas de todas as idades, de ambos os sexos e de diferentes grupos sociais (WHO, 2002; COUTINHO, et al., 1999; LUDERMIR, et al., 2002). Estes sintomas possuem uma grande importância para a saúde pública devido ao alto nível de associação com a utilização dos serviços de saúde, causa de afastamento de trabalho e por serem considerados comuns em população idosa. (SCAZUFCA, 2008a; 2008b)

O propósito deste trabalho é de avaliar a relação entre dimensões de religiosidade (organizacional, subjetiva e filiação) e a prevalência de TMC em idosos de baixa renda em uma grande cidade brasileira, bem como o papel do suporte social como mediador dessa possível associação.



## **I – VARIÁVEIS DO ESTUDO**

### **I.1 - Envelhecimento**

Em demografia, por envelhecimento populacional entende-se o crescimento da população considerada idosa em uma dimensão tal que, de forma sustentada, amplia a sua participação relativa no total da população. A ampliação do peso relativo da população idosa pode dever-se a uma redução do grupo etário jovem, em consequência da queda da fecundidade, configurando o que se denomina envelhecimento pela base. Alternativamente o aumento do percentual da população idosa pode ocorrer por um crescimento do grupo idoso, independente de eventual redução da população jovem, em razão da queda da mortalidade, definindo o envelhecimento pelo topo. Há uma estrita relação entre os estágios de transição demográfica e o processo de envelhecimento populacional. Desta forma, o período de declínio da fecundidade marca o início do processo de envelhecimento populacional pela base, sendo típico daqueles países onde os níveis de fecundidade são relativamente elevados, desempenhando a mesma o papel principal na evolução do envelhecimento. A queda da mortalidade como determinante do envelhecimento pelo topo, define a consolidação do processo de envelhecimento e é próprio das populações que já atingiram a maturidade demográfica, nas quais os níveis de fecundidade já são baixos e os níveis de mortalidade continuam a declinar, pois os níveis de mortalidade infantil e infanto-juvenil já encontraram os limites possíveis de redução e os da mortalidade adulta estão fortemente associados a padrões de comportamento difíceis de serem mudados. (MOREIRA, 2001)

À semelhança do que ocorre em inúmeros outros países que compõem o conjunto de subdesenvolvidos e que partilham o início quase que simultâneo da queda da fecundidade, ainda que com diferentes intensidades, o Brasil ingressa nos anos 90 em um processo irreversível de envelhecimento demográfico que tem feições especiais que o colocam em destaque na escala mundial. (MOREIRA, 2001)

As projeções as Nações Unidas, de 1998, apontam para o Brasil uma população que, em 2000, atingiria 170 milhões de habitantes, dos quais 49 milhões com menos do que 15 anos de idade e 8,7 milhões acima de 65 anos. Para 2050, as Nações Unidas projetam que a população nacional ampliaria para 244 milhões, sendo constituída por 49 milhões de jovens e 42,2 milhões de idosos. Em razão de tão amplo diferencial de taxas de crescimento entre os

dois grupos etários, os jovens, que em 2000 representavam 28,8% da população brasileira, em 2050, passarão a responder por 20,1% em contraste com a participação da população idosa, que em 2000 correspondia a tão somente 5,1% da população total do País e que, em 2050, participará com 17,3% do contingente nacional. (MOREIRA, 2001)

**Quadro 1 - Expectativa de vida ao nascimento – Brasil 1900 a 2020 ambos os sexos**

Anos	Expectativa Vida ao Nascer	Anos	Expectativa Vida ao Nascer
1900	33,7	1960	55,9
1910	34,1	1970	57,1
1920	34,5	1980	63,5
1930	36,5	2000	68,6
1940	38,5	2020	72,1
1950	43,2		

Fonte: 1900 – 1950 – Santos (1978); 1960 – 2020 – United Nations (1985).

In Ramos et al., *Population aging: a Brazilian reality*, **Revista Saúde Pública**, 21(3) (1987)

Visto em um longo horizonte de tempo, compreendendo o período 1950-2050, e no conjunto dos países mais populosos do mundo, a população brasileira adentra no rol de países envelhecidos apenas no segundo decênio do século XXI, quando a proporção de população idosa situa-se em 8,5% e o Índice de Idoso alcança 36,5%.

**Quadro 2 – Brasil – População Idosa e Índice de Idosos por Sexo – 1995-2050**

Anos	População		% Total de Idosos		% População		Índice de Idosos	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
1995	3.454.222	4.226.251	45,0	55,0	4,5	5,3	13,6	17,2
2000	4.007.654	5.028.701	44,4	55,6	4,9	5,9	16,5	21,4
2005	4.624.656	5.952.550	43,7	56,3	5,3	6,6	19,7	26,3
2010	5.297.019	7.001.679	43,1	56,9	5,8	7,4	23,0	31,6
2015	6.142.894	8.312.553	42,5	57,5	6,5	8,4	27,1	38,2
2020	7.388.256	10.192.702	42,0	58,0	7,5	9,9	33,6	48,3
2025	8.835.813	12.374.455	41,7	58,3	8,8	11,8	41,7	60,9
2030	10.577.427	14.957.092	41,4	58,6	10,4	13,9	51,5	76,0
2035	12.102.079	17.123.325	41,4	58,6	11,8	15,7	60,5	89,3
2040	13.343.828	18.840.709	41,5	58,5	13,0	17,3	68,5	100,9
2045	14.689.798	20.692.696	41,5	58,5	14,4	19,0	77,7	114,3
2050	15.917.501	22.366.968	41,6	58,4	15,8	20,8	86,9	127,5

Fonte: Moreira, 2001.

**Quadro 3 – Número Índice de Base Fixa dos Índices de Idosos das Regiões Brasileiras 1950-2050 (Norte, 1950 = 100)**

Anos	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro - Oeste
1950	100,0	125,5	131,9	119,1	83,0
1960	100,0	140,4	151,1	121,3	83,0
1970	104,3	148,9	189,4	144,7	91,5
1980	127,7	212,8	261,7	225,5	138,3
1991	151,1	272,3	351,1	331,9	197,9
2000	195,7	248,9	510,6	512,8	293,6
2010	300,0	346,8	693,6	751,1	455,3
2020	487,2	514,9	1031,9	1144,7	721,3
2030	851,1	878,7	1557,4	1800,0	1193,6
2040	1270,2	1321,3	1900,0	2276,6	1625,5
2050	1802,1	1863,8	2353,2	2751,1	2093,6

Fonte: Moreira, 2001.

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa-Rica. Alguns aspectos caracterizam este novo modelo. 1) não há transição mas superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; 2) a reintrodução de doenças como dengue e cólera, ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não unidirecional denominada contra-transição; 3) o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbi-mortalidade persiste elevada por ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada; 4) as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes no que se conceitua de polarização epidemiológica.

Diante disto, Ramos et. al. (1987) comentam que o idoso tende a apresentar mais episódios de doenças, em maioria crônicas, que a população em geral. Levando em consideração que o custo médio do cuidado com a saúde do idoso é bem maior do que para qualquer outro grupo etário, torna-se preocupante o envelhecimento populacional para o Sistema de Saúde. Concluem ressaltando a necessidade de se iniciar a curto, médio e longo prazos, um planejamento que estabeleça uma política de bem-estar social e de cuidados à saúde da população idosa no Brasil.

Kalache (1987) complementa informando que o maior desafio é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos sendo que as prioridades dos gestores da saúde habitualmente estão claramente direcionadas a outros grupos etários da população. O aumento

da população idosa apresenta-se relacionada inevitavelmente a um aumento dos recursos despendidos na área de saúde para atender a suas necessidades específicas.

Kalache (1987) diferencia no processo de transição epidemiológica dos países, o fator natural do envelhecimento populacional do fator artificial do processo. Enfatiza que, mesmo que as condições de vida, sob o ponto de vista sócio-econômico, não tenham melhorado significativamente para uma grande parte da população dos países subdesenvolvidos, ainda sim, as taxas de mortalidade vêm experimentando uma substancial diminuição. Estas diminuições são resultantes de intervenções, de medidas específicas de saúde pública e no tratamento efetivo de infecções, não sendo portanto, para o autor, considerado um processo de envelhecimento natural que envolve também a melhoria dos níveis de vida.

Tais argumentações levantam a questão que o aumento da taxa de envelhecimento populacional não estariam somente, para o autor, relacionadas diretamente com a melhoria na qualidade de vida da população idosa.

Esta diversidade de quadros apresentados no processo de envelhecimento populacional brasileiro abre campo para diversas pesquisas nesta área.

Com os países do primeiro mundo vivenciando o processo de transição demográfica, a partir dos anos 50, o fenômeno do envelhecimento populacional passou a gerar um maior esforço de pesquisa na área de envelhecimento, ao mesmo tempo que a sociedade passou a interessar-se cada vez mais por encontrar soluções para os problemas individuais e coletivos emergentes desta discussão nas áreas da saúde e seguridade social.

Crescia assim os estudos que buscavam soluções de problemas individuais e sociais dos idosos, consolidando este espaço e viabilizando ações que potencializa-se o desenvolvimento da velhice, na perspectiva de otimização de suas capacidades latentes. (GOLDSTEIN, 1999)

Em seu trabalho de 1999, Goldstein realiza um levantamento das teses de doutorado e dissertações de mestrado que focalizam o envelhecimento e a velhice dentro do enfoque gerontológico, nas diversas áreas do conhecimento, realizados por pesquisadores brasileiros no período de 1975 a 1999. Em sua conclusão, o autor aponta para as perspectivas do aumento dos estudos e pesquisas na área do envelhecimento e suas conseqüências que aos poucos, abrangem várias áreas do conhecimento e diferentes campos de interesse. Estes resultados suscitam um processo de conscientização, cada vez mais generalizado, do fato e das conseqüências de envelhecimento populacional, afetando diferentes segmentos da sociedade de diferentes maneiras.

Neste crescente quadro de pesquisas e avaliação, voltadas também à saúde, morbidade e mortalidade, encontram-se estudos diversos que traçam projeções e alternativas a estas questões.

Uma das áreas de pesquisa da Gerontologia Social é o desenvolvimento de teorias acerca do processo de envelhecimento que integrem a preocupação com a qualidade de vida e com a própria compreensão dos idosos acerca desse fenômeno (NERI, 1993).

No Brasil existem pesquisadores que mostram como os próprios idosos simplificam o envelhecimento humano, exclusivamente a partir das perdas, representando o processo com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos. Medrado (1994), na cidade de Carinaíba (Bahia), encontrou representações sobre o idoso caracterizadas por conteúdos tais como: “não tem destino, não tem volta”, etc. Em outro trabalho desenvolvido por Santos (1990), acerca da influência da aposentadoria sobre a identidade do sujeito, a pesquisadora refere que nas sociedades modernas a ênfase continua sendo dada à juventude e à capacidade de produção.

Outros autores brasileiros, como é o caso de Debent (1996), destacam que, além dos estudos feitos mostrando a atual representação da velhice em termos de processo contínuo de perdas, estão-se abrindo outros espaços para que diversas experiências de envelhecimento bem sucedidas possam ser vividas coletivamente. Por exemplo, os grupos de convivência de idosos e as universidades da terceira idade, entre outras.

Nas sociedades desenvolvidas como Alemanha, pesquisadores da área gerontológica fornecem resultados interessantes no que diz respeito à percepções sobre a velhice de diferentes grupos de indivíduos jovens e idosos. Heckhausen, et al., (1989) e Heckhausen, et al., (1991), constataram que os idosos estudados desenvolveram uma concepção de velhice duplamente determinada pelos ganhos e pelas perdas, e referem-se ao envelhecimento como um processo de desenvolvimento que se mantém ao longo de todo o curso de vida de uma pessoa. Já os grupos de indivíduos jovens (idades entre 20 e 36 anos), apresentaram concepções fatalistas, centradas sobretudo no fato do declínio.

Estas pesquisas reforçam a construção de um campo de pesquisa que vem se consolidando cada vez mais na busca de identificar, analisar e avaliar mecanismos pelos quais o processo de envelhecimento vem afirmando, principalmente em nossa realidade social. Teixeira, et al., (2002) nos mostram que as representações sociais constituem formas de conhecimentos socialmente elaborados que são produzidos pelos grupos de indivíduos para poder comunicar-se e entender tudo aquilo que lhe é estranho e não familiar. Complementa ainda que nem todo assunto se torna um objeto de representação social para os grupos e, nem

todos os fenômenos do mundo que rodeiam o indivíduo são tributários de converterem-se em problemas de pesquisa científica da representação social.

Moscovici (1981) define a representação social da seguinte forma:

*Por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do cotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum (p. 181).*

Desta forma, estes autores vem discutindo o quanto não só o processo do envelhecimento é preocupante em termos demográficos e de saúde pública mas também na própria semântica da resignificação conceitual de envelhecimento e as relações com as representações sociais que esta deriva.

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. (PANZINI, et al. 2007a; 2007b)

A literatura demonstra que os instrumentos utilizados para análise da qualidade de vida de um modo geral não se adaptam aos idosos, seja porque têm uma abordagem unidimensional ou porque os idosos que se autodenominaram com boa qualidade de vida não a teriam segundo a interpretação dos instrumentos mencionados. Parece, portanto, que existem aspectos característicos e multidimensionais que definem a qualidade de vida na faixa etária idosa.

Tendo em vista a variabilidade do conceito de qualidade de vida e sua subjetividade, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido, parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal, enfim, à qualidade de vida nessa faixa etária.

Em 1997, Chaimowicz analisa as características e as perspectivas do processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, utilizando os resultados do censo demográfico de 1991 e 1996, Pesquisa Nacional Amostra de Domicílios (PNAD) de 1993 e 1995, de novas projeções populacionais, e de recentes estudos transversais sobre o perfil socioeconômico e de saúde de idosos realizados nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Constata, o autor, que o desenvolvimento de doenças, dependência e incapacidades entre os idosos têm sido mais freqüente dentre as populações de baixa renda não conseguindo, também, garantirem a assistência social e de saúde que demandam. Conclui, orientando-nos à um investimento de maneira efetiva em programas de suporte aos idosos e cuidadores, através de ações econômicas, ou pelas ofertas maiores no atendimento à Saúde, ou do apoio em áreas indispensáveis como alimentação, transporte, serviços de orientação e atividades sócio-culturais.

Em sua pesquisa realizada com 30 estudantes da Universidade Aberta da terceira idade da UERJ, Carneiro, et al. (2004) correlacionou dificuldades e facilidades dos idosos em se comportar de forma socialmente habilidosa nas diversas situações sociais com o senso de auto-eficácia do indivíduo, conseqüentemente, resultando em uma maior qualidade de vida. Percebida esta associação entre o comportamento social e a qualidade de vida, foi detectado inclusive que as situações sociais em que a maioria dos sujeitos apresentaram deficiência em desempenhar adequadamente podem trazer conseqüências negativas e prejudiciais para o senso de auto-eficácia.

Para Carneiro, et al. (2004), a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa adquirir e manter as redes de apoio social e garantir maior qualidade de vida.

Na investigação da saúde do idoso, uma avaliação eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente, objetivando assim o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio onde e quando forem necessários, com o fim de manter as pessoas nos seus lares. (PAIXÃO, et al., 2005)

Conforme Mazo, et al. (2005), a forma como cada indivíduo se adapta as modificações físicas, intelectuais e sociais, determinará um envelhecimento saudável ou repleto de dificuldades. Além disso, fatores de estresse podem somar-se as perdas da idade e propiciar manifestações psíquicas de depressão. Em pesquisa realizada com uma amostra de 122 idosos, pertencentes aos programas de atividade física do Grupo de Estudos da Terceira Idade – GETI do Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos – CEFID da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, os autores avaliaram a relação das atividades físicas e a tendência a estados depressivos em idosos e concluíram que a reinserção social através de grupos de convivência, aproximação da família e atividades físicas pode permitir que o estado depressivo

seja controlado, em fase adequada, sendo possível a sua reversão com evidentes benefícios para o idoso.

Teixeira et al. (2002) realizaram um estudo que tratou da temática das representações sociais da saúde na velhice, com 140 participantes divididos em quatro grupos de sujeitos (grupos de idosos doentes, grupo de idosos saudáveis, trabalhadores de um centro de saúde da rede pública do SUS de Florianópolis e um grupo de cuidadores de idosos do Hospital Universitário/UFSC). Os resultados mostraram que os locais pesquisados ainda não conseguiram implantar todos os programas necessários para resolver os problemas de saúde da população idosa atendida e que as necessidades de saúde de um idoso não devem ser deduzidas somente a partir de pessoas doentes. Os autores apontam que os fatores mentais foram conteúdos muito valorizados pelos idosos para explicar o conceito de idoso saudável.

Ainda nesta temática, Ramos (2002) em seu artigo constituiu uma revisão bibliográfica acerca da relação entre relações sociais e a saúde dos idosos, bem como na interpretação e entendimento desta problemática sob a ótica de dois enfoques teóricos: um macro, centrado nas Teorias da Integração Social de Emile Durkheim e o outro micro, centrado na Teoria das Trocas de Peter Blau, com ênfase na Teoria da Equidade. Salientou a relevância das relações sociais, principalmente através da família como suporte social, na saúde da pessoa idosa, bem como as mudanças que se vêm processando no acesso ao suporte e na possibilidade de manutenção de relações entre as gerações. A autora ressalta um aspecto importante para se levar em consideração que, o mero aumento nas relações sociais não é suficiente, é necessário levar em conta o caráter destas interações.

Em 2005, Vecchia, et al., estuda os significados de qualidade de vida segundo as respostas obtidas dos idosos, mediante a pergunta: ‘O que é qualidade de vida para o(a) Sr(a)?’ em uma pesquisa realizada em 2003, no município de Botucatu, interior de São Paulo, com 365 idosos e que teve como objetivo de estudo a satisfação com a vida e o estilo de vida dos idosos. Em seus resultados, foram identificados três perfis de idosos segundo a definição que eles deram sobre o que era qualidade de vida. O primeiro grupo caracterizou situações referentes a relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde, priorizando assim a questão afetiva e a família. O segundo destacou hábitos saudáveis, lazer e bens materiais, priorizando o prazer e o conforto. Outro grupo mencionou espiritualidade, trabalho, retidão e caridade, podendo ser sintetizado como o idoso que identifica como qualidade de vida conseguir colocar em ação o seu ideário de vida. Os autores do estudo concluem enfatizando que na implantação de ações que objetivam melhorar a qualidade de vida do idoso, que sejam consideradas o conceito e a importância sobre o que os idosos compreendem e valorizam na busca do bem-estar.

Panzini et al. (2007a, p. 106), ao conceituarem qualidade de vida, dizem:



*“A introdução do conceito de qualidade de vida (QV) como medida de desfecho em saúde surgiu a partir da década de 70, no contexto do progresso da medicina. Este trouxe um prolongamento na expectativa de vida, na medida em que doenças anteriormente letais (por exemplo, infecções) passaram a ser curáveis ou a ter, pelo menos, controle dos sintomas ou retardo no seu curso natural. Assim, esse prolongamento se dá à custa do convívio com formas abrandadas ou assintomáticas das doenças. Passou a ser de grande importância, então, dispor de maneiras de mensurar a forma como as pessoas vivem esses anos a mais. De fato, Fallowfield (1990) definiu QV como “a medida que faltava na área de saúde’...”*

Afirmaram os autores que seis grandes vertentes convergiram para a estruturação do conceito de qualidade de vida: a) os estudos de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar; b) a busca de indicadores sociais; c) a insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde; d) a satisfação do cliente; e) o movimento de humanização da medicina; e, f) a psicologia positiva.

Concluem que, os estudos, com foco exclusivo na doença, vêm cedendo espaço conforme orientação do próprio conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946), ao estudo das características adaptativas, como esperança, criatividade, sabedoria, coragem e espiritualidade. Contudo, Panzini et al. (2007a; 2007b) ressaltam que ainda não há consenso definitivo na literatura sobre o conceito de qualidade de vida existindo uma distinção entre os conceitos de padrão de vida e QV. O primeiro compreende indicadores globais das características relevantes do modo de viver das sociedades e indivíduos. O segundo baseia-se em parâmetros que se referem à percepção subjetiva dos aspectos importantes da vida de uma pessoa, os quais podem ou não coincidir com indicadores de padrão de vida. Contudo, o Grupo de Avaliação da Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (Grupo WHOQOL) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (PANZINI, et al. 2007a; 2007b) sendo esta uma das definições mais utilizadas atualmente.

Enquanto fator estimulador a uma qualidade de vida, os fatores sócio-culturais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental do indivíduo. Dentre as diversas variáveis sócio-culturais que possivelmente contribuem de alguma forma para um ganho significativo de qualidade de vida e de saúde física e mental do idoso, está a religiosidade. (MOREIRA-ALMEIDA, et al. 2006a)

A participação em um grupo traz apoio psicossocial que pode promover a saúde mental do indivíduo. Este apoio social pode influenciar a saúde facilitando a participação e

aderência para programas de promoção de saúde, enquanto oferecendo companheirismo em tempos de tensão, sofrimento e tristeza, diminuindo o impacto da ansiedade e outras emoções. (MOREIRA-ALMEIDA, et al. 2006a)

## **I.2 - Suporte Social**

Nos últimos tempos, tem crescido a importância atribuída a estudos de Epidemiologia Psiquiátrica pela relevância destes tanto nas decisões políticas em saúde mental quanto no direcionamento da assistência médica na atenção básica e especializada de saúde. Tais estudos têm proporcionado uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos transtornos mentais bem como das suas conseqüências diretas e indiretas para o funcionamento individual, familiar e social da pessoa afetada. (LIMA, 1999)

Transtornos somatoformes, de ansiedade, de depressão, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas tem sido percebido em pesquisas e são mais freqüentes nas mulheres, nos mais velhos, nos negros e nos separados ou viúvos (MARI, et al., 1997). Tem sido verificada também a associação destes sintomas com os eventos vitais produtores de estresse, com o baixo suporte social e com variáveis relativas às condições de vida e trabalho tais como baixa escolaridade, menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho. (LIMA, et al., 1996; LUDERMIR, et al., 2002; LUDERMIR, et al., 2003)

O suporte social é o suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro. Valla (1999) afirma que o suporte social contribui para a sensação de coerência da vida e o controle sobre a mesma e traz benefícios não só para quem o recebe, na forma de informação ou auxílio, mas também para quem o oferece. As pessoas necessitam umas das outras e, por isso, quando o suporte social diminui há um comprometimento do sistema de defesa do corpo (MINKLER, 1985). Para Cassell (1974), a sensação de não poder controlar a própria vida, juntamente com a sensação de isolamento, podem ser relacionadas com o processo de saúde-doença, aumentando a suscetibilidade individual para as enfermidades.

De acordo com Olstad et al. (1999), existem duas teorias que explicam a associação entre saúde mental e suporte social. A primeira refere-se ao fato de que o apoio social afetaria diretamente a saúde mental; a segunda, ao fato de que o apoio social funcionaria como mediador do estresse, modificando o seu efeito, ou seja, o indivíduo que contasse com alto nível de apoio social reagiria mais positivamente às situações estressantes se comparado a outros que não dispusessem deste tipo de recurso.

O suporte social é, atualmente, um dos principais conceitos na psicologia da saúde. Como referem Rodin, et al. (1989) o suporte social alivia o estresse em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença.

O âmbito vasto do social é hoje aceito, indiscutivelmente, como importante, tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a discutir o que é que pode ser considerado como variável social no vasto domínio do social (COHEN, 2004): a investigação tanto se refere a aspectos objetivos do social tais como, número de amigos, frequência de contatos, intensidade de contatos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais (contatos sociais mesmo que não seja com amigos), como a aspectos subjetivos tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação, e da satisfação com a dimensão social da sua vida.

Suporte social define-se, grosso modo, como “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós”. (SARASON, et al., 1983, p. 127)

Cobb (appud PONTE, et al., 2008) define suporte social como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Dunst, et al., (1990) defendem que o suporte social se refere aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Diferentes autores fazem a distinção entre diversos tipos de suporte social. Por exemplo, suporte social psicológico e não-psicológico, o primeiro referindo-se ao fornecimento de informação e o segundo ao suporte social tangível. (COHEN, et al., 1984)

Cramer, et al., (1997) distinguem suporte social percebido versus suporte social recebido. O primeiro para se referir ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por

alguém. Outra distinção feita pelos mesmos autores é entre suporte social descrito versus avaliado, o primeiro referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e o segundo para se referir a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

Wethington, et al., (1986) realizaram uma investigação, com uma amostra de 1269 indivíduos, visando determinar se as variáveis de saúde estavam associadas com a percepção de suporte social ou com os aspectos objetivos do social, verificando que os resultados de saúde eram explicados melhor pela percepção de suporte social do que pelos aspectos tangíveis.

Singer, et al., (1984) esclarecem que o suporte social pode ser informacional, emocional ou material e, em termos de quem o fornece, pode ser pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos: pode ser relativamente formal, fornecido por organizações e associações tais como grupos religiosos, ou organizações não governamentais de base comunitária: ou pode ser do tipo profissional em termos de consulta ou terapia. No âmbito específico da saúde e das doenças, Ponte, et al., (2008) explicam que suporte social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais, presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos deletérios do stress. Esta variável é muito abrangente, englobando um grande conjunto de componentes e de aspectos, recorrendo a procedimentos de avaliação muito diversos.

Segundo Dunst, et al., (1990), distinguem-se duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.) que são passíveis de fornecer apoio nas atividades do dia a dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Dunst, et al., (1990) sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados. Os componentes identificados são: componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais) componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte), componente estrutural (proximidade física, frequência de contatos,

proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência), e componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida).

Dunst, et al., (1990) apresentam as seguintes dimensões de suporte social que, consideram, se têm mostrado importantes para o bem-estar: 1. Tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social; 2. Existência de relações sociais, abrangendo das relações particulares tais como o casamento, às gerais como as que decorrem da pertença a grupos sociais tais como clubes; 3. Freqüência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social tanto em grupo como face a face; 4. Necessidade de suporte, para designar a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo; 5. Tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes; 6. Congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita; 7. Utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita; 8. Dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita; 9. Reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido; 10. Proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social; 11. Satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.

A hipótese que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde está bem apoiada. Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde, realizada por Broadhead et al. (1983), concluiu-se pela existência de forte correlação entre as duas variáveis. Schwarzer, et al., (1989; 1991), em revisão de investigações mostram, numa meta-análise sobre 55 estudos (publicados entre 1976 e 1987) que incluíam uma amostra total de 32.739 indivíduos e 83 correlações baseadas em amostras independentes, acerca da relação entre suporte social e saúde, valores das correlações entre suporte social e má saúde (mortalidade incluída) entre  $r = -0,60$  e  $r = +0,23$ . Estes resultados apontam para uma associação negativa entre suporte social e má saúde. A meta-análise confirmou que a má saúde era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social, e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. Verificaram que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

Berkman, et al., (1984), com os resultados do Estudo Alameda mostram evidências fortes entre os padrões de interação social e níveis de suporte social, e quer a longevidade quer a mortalidade. Sarason, et al. (1985) concluem que a satisfação com o suporte social

disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal estar. Hohaus, et al., (1996) verificaram que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que estão associadas à satisfação com a vida.

Ganster et al. (1986), numa investigação em que pesquisa o papel do suporte social enquanto moderador do impacto das condições de trabalho, conclui haver relação entre componentes do suporte social e queixas somáticas.

Estes e outros estudos têm debruçado sobre a relação entre suporte social e saúde podendo englobar-se em quatro grandes categorias (Singer, et al., 1984): 1 - O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo estresse, neste sentido, o suporte social é visto como mediador ou moderador do estresse; 2 - A não existência de suporte social é fonte de estresse, considerando-se que a falta de suporte social é ela própria geradora de estresse; 3 - A perda de suporte social é um estressor, assim, se existe o suporte social e se o perde o estresse surge; 4 - O suporte social é benéfico, é uma perspectiva de certo modo oposta às anteriores, no sentido em que considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência, de fontes de estresse.

Heitzmann, et al., (1988), numa revisão acerca das técnicas de avaliação do suporte social que são utilizadas em contexto de saúde, verificaram que as propriedades psicométricas dos instrumentos revistos eram, na generalidade fracas, e que as técnicas avaliavam diferentes concepções de suporte social.

### I.3 - Religiosidade

Definições de termos relacionados à religiosidade são complexas e numerosas, o que dificulta a realização de pesquisas sobre o tema. Alguns autores definem religiosidade como atributos relativos a uma religião específica, diferenciando-a de espiritualidade. Lukoff (1992), por exemplo, distingue religiosidade de espiritualidade, definindo a primeira como adesão a crenças e a práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada, e a segunda como a relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou uma força superior na qual ela acredita. Worthington, et al. (1996) definem uma pessoa religiosa como aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em alguma medida, a religião como instituição. Já uma pessoa espiritualizada é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada.

Hill, Pargament, et al. (2000) alertam, no entanto, que os termos religiosidade e espiritualidade não são incompatíveis e afirma que a tendência a polarizá-los não é frutífera para a pesquisa científica.

Para maior clareza e devido à diversidade de conceitos acerca da espiritualidade, adotaremos aqui as definições de Koenig, et al. (2001), que conceitua religião como um sistema organizado de práticas, rituais, crenças e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado, e espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado.

Vários pesquisadores têm investigado a associação entre fatores relativos à religiosidade (práticas, afiliação, crenças) e a saúde mental e física. Esta associação possui raízes histórico-culturais muito antigas, presentes em mitos gregos, em rituais indígenas e nas inscrições bíblicas, que influenciaram e ainda vêm influenciando a cultura ocidental nos tempos atuais (BOTELHO, 1991). Segundo estudos antropológicos, a ignorância sobre as enfermidades contribuiu para que fosse iniciado, em determinado momento da história da humanidade, o processo de divinização do desconhecido. Em consequência, acreditava-se que os deuses tinham o poder de causar doenças e de curá-las. Além dos deuses, apenas aqueles que eram seus representantes na Terra podiam interferir no processo saúde-doença ou na vida-morte. Botelho (1991) cita, ainda, o uso de plantas alucinógenas como instrumentalização para facilitar a comunicação com seres sagrados e, dessa forma, possibilitar sua intervenção no curso da vida e da morte, muito presente em rituais de grupos indígenas de diversos

continentes. Em relação ao Brasil, o autor faz referência a grupos religiosos como o Santo Daime, ritual religioso originado em tribos indígenas da Região Amazônica onde o chá da erva *ayahuasca* era tomado pelo pajé para aumentar seu poder de cura.

Ainda hoje, a interface entre saúde e religiosidade tem ocasionado modificações na medicina, em especial, na psiquiatria. De acordo com Jackson, et al. (1997) há tempos discutem-se as semelhanças entre manifestações psicóticas e as de natureza religiosa/espiritual. Os autores defendem que a distinção desses dois fenômenos é de crucial importância, com implicações para os diagnósticos e tratamentos psiquiátricos propostos. São observadas, por exemplo, as modificações realizadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV), incluindo inovações na abordagem de temas culturais e religiosos ou espirituais. O propósito é evitar que variações de crenças, experiências ou comportamentos religiosos, típicos de determinado contexto sociocultural, sejam julgados como psicopatológicos, como, p. ex., alucinações auditivas ou visuais de conteúdo religioso, observadas em certos rituais.

Ainda com intuito de contribuir para a diferenciação entre enfermidades mentais e expressões da religiosidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 1994) apresenta nova categoria diagnóstica denominada Problema Religioso ou Espiritual (não considerada transtorno mental) e indica sua utilização:

*quando o foco da atenção é um problema religioso ou espiritual, como por exemplo experiências aflitivas que envolvem perda ou questionamento de fé, problemas associados com conversão a uma nova fé, ou o questionamento de valores espirituais que podem não estar, necessariamente, ligados a uma igreja ou religião institucionalizada. (p. 693)*

No estudo da religiosidade, além do estudo conceitual, várias de suas dimensões devem ser pesquisadas para melhor descrever e analisar seus efeitos na saúde mental do indivíduo. Entre as dimensões de religiosidade mais pesquisadas, estão: a religiosidade subjetiva (o quanto a pessoa se considera religiosa), filiação religiosa (a qual denominação religiosa o indivíduo pertence) e religiosidade organizacional (com que frequência o indivíduo vai à igreja, cultos ou outras atividades religiosas). (KOENIG, et al., 2001)



Para Almeida (2004),

*“as dimensões espirituais e religiosas da cultura estão entre os fatores mais importantes que estruturam a experiência humana, crenças, valores, comportamento e padrões de adoecimento”*. Acrescenta ainda o autor que, *“o Brasil, devido à sua grande diversidade religiosa, se encontra numa posição privilegiada para fazer avançar o nosso conhecimento sobre o tema. O estudo desses tópicos em nosso meio pode colaborar muito na melhor compreensão dos fenômenos tão disseminados e enraizados em nossa cultura, que é o que se espera da pesquisa nacional”*.

Observa-se que muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem freqüentemente a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (PARGAMENT, 1990). Nesse sentido, estratégias cognitivas ou comportamentais para lidar com eventos estressores, advindas da religião ou da espiritualidade da pessoa, foram definidas por Tix e Frazier (1998) como “coping” religioso (CR).

O coping religioso (CR) é definido como o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as conseqüências negativas dos problemas de vida, por intermédio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para lidar com o estresse diário e/ou decorrente de situações circunstanciais ou crises existenciais. (PANZINI, et al., 2007b; PARGAMENT, 1997).

Pesquisadores, nacionais e internacionais, têm se dedicado ao estudo e pesquisa da relação da espiritualidade, coping religioso e a qualidade de vida, desenvolvendo instrumentos válidos e confiáveis (PANZINI, et al., 2007b). Acrescentam ainda Panzini, et al. (2007b) que o campo da qualidade de vida pode vir a se tornar um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas e/ou espirituais, minimizando o preconceito com relação à pesquisa em espiritualidade / religiosidade e tornando-o também transdisciplinar.

Harrison, et al. (2001) defendem a necessidade de estudo do CR pelo fato de que pessoas deparam-se com sofrimento, desafios e transições ao longo da vida, o que as impulsiona para além de suas próprias capacidades, levando-as a um processo dinâmico de enfrentamento no qual crenças e práticas religiosas podem estar inseridas. Nesse processo de enfrentamento, o indivíduo é visto como um agente proativo que lança mão de possibilidades e escolhas, norteadas, no entanto, por um sistema de valores e de crenças preestabelecido. Dessa forma, ao revisar a literatura sobre prevalência de CR, Pargament (1997) conclui que nem todas as pessoas usam estratégias relativas à religiosidade em seu processo de

enfrentamento, sendo mais propensas a utilizá-las aquelas cujas crenças e práticas religiosas são parte relevante de sua orientação geral no mundo.

Avaliando a literatura sobre significados e objetivos da religiosidade, Pargament, et al. (1995), de forma inovadora em relação a posições de grandes teóricos como Freud e Marx, opõem-se à pressuposição de que a religião teria a função apenas de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade (por esquiva ou distorção de fatos reais). De acordo com os autores, há suporte empírico para funções diversas da religião, tais como alívio, conforto e consolo, busca de significado para problemas relevantes da existência (Ex.: injustiça), busca de intimidade (pela participação em rituais que favorecem a interação entre pessoas), busca da compreensão de si mesmo e busca pelo sagrado. Pargament, et al. (1995) defendem ainda que a religião pode servir a diferentes propósitos de modo concomitante, pois as funções citadas anteriormente não são excludentes. Nessa perspectiva, a religiosidade passa a ser concebida como parte do processo de solução de problemas e não como estratégia defensiva ou de esquiva.

Em uma análise mais detalhada, Pargament, et al. (1988) argumentam que a religião pode assumir funções diferentes nos diversos estilos de solução de problemas que variam conforme a atribuição do *locus* de responsabilidade e do nível de participação da pessoa na resolução do problema. O primeiro estilo é denominado autodirigido (*self-directing*) em que a responsabilidade pela resolução dos problemas é atribuída ao indivíduo, e Deus é concebido como dando liberdade à pessoa para conduzir sua própria vida. O segundo é o delegante (*deferring*), quando o indivíduo transfere tal responsabilidade a Deus, esperando que soluções venham por meio dos esforços Dele. O terceiro é o chamado estilo colaborativo (*collaborative*) no qual a responsabilidade é atribuída tanto ao indivíduo como a Deus, ambos percebidos como participantes ativos na solução de problemas. Os autores concluíram que a mesma pessoa pode lançar mão dos diversos estilos de solução de problemas em situações diferentes, o que parece influenciado pela competência pessoal percebida. Assim, pessoas que se percebem menos competentes seriam mais atraídas ao estilo delegante, devido ao suporte externo e à sensação de poder sobre o problema que esse estilo parece promover. Por sua vez, as pessoas que se percebem mais competentes tenderiam a utilizar o estilo autodirigido ou o colaborativo, em virtude de características como iniciativa pessoal e responsabilidade. Os autores apontam, ainda, que os estilos de solução de problemas podem inibir ou promover o desenvolvimento de competência pessoal e iniciativa. À guisa de exemplo, o delegante desencorajaria maior experimentação no mundo e oportunidades de aprendizado, enquanto os demais fariam o oposto. A aplicação desses conceitos no campo da saúde sugere que crenças

religiosas podem, p. ex., favorecer a esquiva ou atrasar a busca de cuidados médicos ou modalidades de tratamento, nos casos em que o paciente designa todo o controle de sua doença a Deus. (CHATTERS, 2000)

Além disso, Pargament, et al. (1998) comentam que é difícil distinguir quando a religiosidade constitui ajuda ou obstáculo ao alcance de resultados adaptativos no processo de enfrentamento. Propõem, então, com base em investigação empírica, a existência de indicadores referentes à perda de integração da pessoa em relação a suas crenças, emoções, comportamentos, valores e sistema social que poderiam levar a um envolvimento ineficaz da religiosidade no enfrentamento.

Outro modelo importante para análise e intervenção clínica de psicólogos da saúde foi desenvolvido por Pargament, et al. (1998). Esse modelo identifica padrões positivos e negativos de enfrentamento religioso e examina suas implicações para a saúde. Nessa concepção, várias características do CR foram consideradas representativas do padrão positivo, como busca de apoio espiritual, perdão religioso, enfrentamento religioso colaborativo, ligação espiritual, purificação religiosa e redefinição benevolente do estressor. O padrão negativo foi caracterizado por descontentamento religioso, redefinição punitiva do estressor por Deus, presença de conflitos interpessoais com membros do grupo religioso, atribuição da causa do problema ao demônio e aparecimento de dúvida sobre os poderes de Deus para interferir na situação estressora. É importante notar que, segundo os autores, as pessoas podem usar os vários padrões combinados, com diferentes configurações de pensamentos, sentimentos e comportamentos referentes à religiosidade.

Pargament, et al. (1998) demonstraram ainda que esses padrões de CR estavam relacionados a resultados diferentes do enfrentamento, principalmente no que tange à saúde mental. Assim, os padrões positivos associaram-se ao crescimento psicológico e espiritual, à avaliação positiva da qualidade de vida e à redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais. Já o padrão negativo do CR correlacionou-se com sintomas de depressão. Com base nesses resultados, os autores concluíram que religiosidade pode representar tanto uma estratégia de enfrentamento adaptativa quanto um elemento estressor, chegando até mesmo a intensificar a gravidade do problema em foco.

Historicamente, diferentes abordagens têm sido desenvolvidas para avaliação e mensuração do CR (PARGAMENT, et al. 1999):

1. levantamento de dados sobre práticas religiosas (Ex.: frequência de participação em cultos religiosos e orações);

2. avaliação com base em medida única (Ex.: questão ou item referente ao envolvimento da religiosidade no enfrentamento de um evento específico);
3. inclusão de um ou mais itens específicos sobre crenças e/ou práticas religiosas em escalas de enfrentamento que mensuram tanto estratégias religiosas quanto não religiosas;
4. emprego de instrumentos psicométricos que medem a utilização e frequência de estratégias específicas de CR; e,
5. uso de medidas de CR mais parcimoniosas, como a exploração dos padrões positivo e negativo, conforme descritos por Pargament, et al. (1998).

Ao avaliar estudos sobre a prevalência do CR, Pargament (1997) observou que os resultados variaram conforme as características das amostras e o tipo de evento estressor estudado.

Em revisão de literatura com o objetivo de resumir e avaliar resultados recentes de pesquisas sobre CR, Harrison, et al. (2001) verificaram que há evidências recentes das relações entre CR e uma ampla variedade de medidas de adaptação psicológica. Assim, sintomas de ansiedade associaram-se significativamente com estratégias de CR negativo e com religiosidade extrínseca, aquela em que a religião é utilizada como meio para atingir um objetivo ou para obter algo específico (Ex.: rezar/orar com o objetivo de ser curado de uma doença). Com base nos resultados verifica-se ainda que auto-estima, satisfação com a vida e percepção positiva da qualidade de vida têm sido associadas ao padrão positivo e à religiosidade intrínseca cujo foco é a crença religiosa propriamente dita, independente do interesse na obtenção de ganhos secundários.

Em outro estudo de revisão bibliográfica sobre uso da religiosidade em contextos de saúde e doença, Siegel, et al. (2001) afirmaram que a associação entre variáveis religiosas e ajustamento psicológico tem sido pesquisada com maior frequência entre pacientes com câncer e idosos hospitalizados ou cronicamente doentes.

Em consonância, Pargament, et al. (2000), fazendo referência a outras fontes de dados, destacaram que, quando interrogadas sobre como lidam ou enfrentam as situações mais estressantes, muitas pessoas fazem menção à religião, em particular, os idosos, minorias étnicas e aquelas em crise de ameaça à vida, ressaltando que essa estratégia é mais citada do que qualquer outra modalidade de enfrentamento.

Um exemplo das importâncias dos dados apurados em pesquisa na área de saúde e religiosidade/espiritualidade é o trabalho de Guimarães, et al. (2007). Após selecionarem no banco de dados Medline, por meio dos unitermos ‘religiosity’, ‘religion’, ‘spiritual’ e ‘spirituality’, e por meio de busca baseada no *link* ‘clinical queries’ do referido sistema,

totalizaram 242 artigos que foram avaliados por análise de método e determinação de limitações de desenho. Cabe ressaltar que, na conclusão dos autores, a influência da religiosidade / espiritualidade tem demonstrado não só um potencial impacto sobre a saúde física, mas também definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças, na população, previamente sadia.

Em seu artigo de revisão de 2004a, Krause, examina seletivamente os resultados de sua pesquisa que tem por fim avaliar a relação entre o envelhecimento, religiosidade e a saúde mental entre idosos. Além disso, são discutidos o possível potencial negativo dos efeitos da religião na saúde. Ao longo de seu trabalho, busca mostrar como as pesquisas atuais podem ser utilizadas para prover o cuidado mais inclusivo para a população idosa.

Segundo Ellison (1991), há na literatura registros de que a religiosidade pode influenciar vários aspectos do bem-estar subjetivo (BES) por favorecer a integração e o suporte social, o estabelecimento de relações com o divino, a promoção de sistemas de significado e de coerência existencial ou mesmo por estimular estilos de vida específicos de algumas religiões. As relações com o divino podem ser caracterizadas por relações sociais imaginárias com seres provenientes de crenças religiosas, como, por exemplo, Deus, Jesus Cristo, santos, anjos e entidades espirituais. Pollner (1989) defende que as pessoas podem construir relações com o divino tanto quanto constroem relações sociais, engajando o ser divino como fonte de consolo e de orientação. Sugere ainda que essa relação pode melhorar o BES percebido por propiciar senso de ordenamento e previsibilidade dos eventos e novos significados para situações problemáticas (Ex.: eventos adversos de vida podem ser vistos como oportunidades de crescimento espiritual).

Siegel, et al. (2001) destacam o papel da religião na facilitação do acesso a redes de suporte e de integração social nas instituições religiosas e suas congregações. Complementarmente, Ellison (1994a) observa que pessoas costumam recorrer a instituições religiosas em tempos de doenças severas, pelo fato destas estarem historicamente identificadas com a oferta de apoio emocional, prática assistencial e caridade aos enfermos e necessitados.

Estudos têm sido realizados enfocando o tema religiosidade em amostras de pessoas vivendo em condições específicas de saúde, como com HIV/AIDS. Siegel, et al. (2002) realizaram pesquisa com adultos norte-americanos soropositivos investigando os benefícios percebidos por eles na utilização do enfrentamento religioso. Os participantes relataram uma variedade de benefícios provenientes de suas crenças e práticas dessa natureza, incluindo: 1) favorecimento de emoções e sentimentos de conforto; 2) sensação de força,

poder e controle; 3) diminuição da carga emocional da doença; 4) disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento; 5) apoio espiritual mediante uma relação com Deus; 6) facilitação da aceitação da doença; 7) auxílio na preservação da saúde; 8) alívio do medo e da incerteza perante a morte; e, 9) maior facilidade de auto-aceitação e redução da culpa autodirigida. Esses aspectos, segundo os autores, sugerem mecanismos potenciais de como a religiosidade pode afetar a adaptação psicológica em contextos de ameaça à saúde.

Perceber a religiosidade enquanto variável que interfere na saúde mental do indivíduo é, primeiramente mudar a relação muitas vezes estabelecida entre os pesquisadores e profissionais de saúde com as comunidades religiosas. Para Koenig (2007a), da mesma forma que os profissionais de saúde mental não têm valorizado o papel da religião nas vidas dos indivíduos, as comunidades religiosas também têm desenvolvido atitudes negativas com relação aos profissionais da saúde mental, sendo, normalmente, vistos como inúteis ou ameaçadores de convicções e crenças religiosas.

Em pesquisas na população geral e em médicos dos Estados Unidos, as crenças e o comportamento religioso foram estudados. Revelou-se que 95% das pessoas acreditam em Deus, 77% acreditam que os médicos devem considerar as suas crenças espirituais, 73% acreditam que devem compartilhar as suas crenças religiosas com o profissional médico e 66% demonstram interesse de que o médico pergunte sobre sua espiritualidade. No entanto, apenas 10% a 20% relataram que os médicos discutiram a espiritualidade com elas. (LARSON, et al., 2000; ANAYA, 2002; COWAN, et al., 2003)

Há também riscos a serem considerados nessa área. Pensamentos negativos gerando sentimentos de culpa oriundos de determinada crença religiosa podem ocasionar mais sofrimento ao paciente, levando à sensação de abandono, desamparo e baixa auto-estima. Orientações religiosas podem fazer o indivíduo abandonar o tratamento médico tradicional, havendo piora imediata do seu quadro clínico, embora a maioria das religiões não estimule a interrupção do tratamento médico (KOENIG, et al., 1991). Por último, o médico corre o risco de impor a sua prática religiosa ao paciente e causar uma quebra da relação médico-paciente. O American College of Physicians, nos Estados Unidos, publicou um consenso sobre quais questões o médico deve abordar em relação ao paciente grave: 1) A fé (religião, espiritualidade) é importante para você nesta doença? 2) A fé (religião, espiritualidade) já foi importante em outras épocas da sua vida? 3) Você tem alguém para discutir as questões religiosas? 4) Você gostaria de explorar as questões religiosas com alguém? (QUILL, et al., 2000)

Contudo, vários autores, apontam para um crescimento exponencial nos estudos que mostram a importância e o impacto da religiosidade na saúde mental e na qualidade de vida. (PARGAMENT, 1997; KOENIG, et al., 2001; BERRY, 2002)

Diante destas informações, Peres, et al. (2007) ressaltam que o impacto da espiritualidade na saúde se dá, não só no sentido da pesquisa, mas também economicamente, pois a prática espiritual é muitas vezes isenta de custos e seus benefícios podem resultar em menos gastos hospitalares, medicamentos e exames. No entanto, continuam os autores, a prática religiosa não deve substituir a prática médica.

Para Peres, et al. (2007), é necessário o reconhecimento da espiritualidade como componente essencial da personalidade e da saúde por partes dos profissionais, bem como esclarecer e incluir o conceito de espiritualidade como recurso de saúde na formação dos novos profissionais.

Moreira-Almeida, et al. (2006b), em seu artigo de revisão sobre religiosidade e saúde mental, utilizando-se de uma revisão prévia onde foram identificados 850 artigos publicados ao longo do século XX, também incluiu uma breve contextualização histórica e metodológica, além de uma atualização com artigos publicados após 2000 e a descrição de pesquisas conduzidas no Brasil. Concluíram os autores que, em grande parte dos estudos de boa qualidade, pôde-se perceber que maiores níveis de envolvimento religioso estão habitualmente associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (felicidade, satisfação de vida, afeto positivo e moral mais elevado) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e uso de drogas. Esclarece ainda que o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse (idosos e aqueles com deficiências e doenças clínicas).

Tem sido estudado não apenas o impacto da religiosidade sobre a saúde mental, mas também, sobre a saúde física e a mortalidade. Segundo uma revisão sistemática com meta-análise que envolveu 42 amostras englobando 125.826 indivíduos, o envolvimento religioso foi significativamente associado com menor mortalidade. Esta associação foi robusta e de magnitude semelhante à de outros fatores psicossociais. (McCULLOUGH, et al. 2000)

Dalgalarondo (2008), em seu trabalho, apresenta um abrangente panorama e uma análise crítica da produção sobre saúde mental e religião no Brasil, através de uma análise das pesquisas de relevância histórica, bem como as investigações contemporâneas. O autor conclui que há uma rica multiplicidade metodológica e de temas abordados nestes estudos sobre religiosidade e saúde mental. Ressalta, contudo, a necessidade da busca de teorias, para

nortear as pesquisas empíricas, e uma maior articulação com as ciências sociais que poderão contribuir para um maior avanço na pesquisa nessa área.

Nesse sentido, Moreira-Almeida (2007, Editorial) diz:

*“Estudar cientificamente a espiritualidade é uma empreitada muito entusiasmante e perigosa. Essa é uma área repleta de preconceitos, preconceitos a favor e contra a espiritualidade. A maioria das pessoas tem opiniões sobre o tema, mas habitualmente essas opiniões foram formadas sem uma análise aprofundada das evidências disponíveis. É fácil deslizar, por um lado, para um ceticismo intolerante e uma negação dogmática ou, por outro, para uma aceitação ingênua de afirmações pouco fundamentadas. Não importa se possuímos crenças materialistas ou espirituais, atitudes religiosas ou anti-religiosas, necessitamos explorar a relação entre espiritualidade e saúde para aprimorar nosso conhecimento sobre o ser humano e nossas abordagens terapêuticas. ...” (MOREIRA-ALMEIDA, 2007)*

Assim, o envolvimento religioso pode promover certos comportamentos ou atitudes que aumentam a felicidade, satisfação e bem-estar geral. Estas associações entre envolvimento religioso e comportamentos e atitudes possibilitam uma explicação de como a religião realiza este fim. (KOENIG, et al. 2001)



#### I.4 – Transtornos Mentais Comuns - TMC

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento (MENEZES, 1996). Casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos de doença mental, apresentam uma elevada prevalência na população adulta (COUTINHO, et al., 1999). Entretanto, apenas uma pequena parte deles é identificada e tratada, aumentando o sofrimento individual e com implicações socioeconômicas significativas, pois tais sintomas constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde. (LUDERMIR, et al., 2002; ANDRADE, et al., 1999; ALMEIDA-FILHO, et al., 1997)

Segundo Santos (2002), transtorno mental comum (TMC) se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. Ainda, segundo Santos (2002), esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado. No campo da atenção primária, ou da prática médica não-psiquiátrica, isto se torna ainda mais relevante se levarmos em consideração a presença de comorbidades, que acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal, quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos.

Anteriormente as estimativas de prevalência de problemas mentais eram obtidas a partir de populações institucionalizadas, sendo que os estudos comunitários só começaram a ser desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial. As pesquisas epidemiológicas primariamente desenvolvidas em ambientes asilar e hospitalar passaram a incluir os serviços de saúde ambulatoriais e, posteriormente, se estenderam para estudos de base populacional. Essa mudança na população estudada e o desenvolvimento da epidemiologia psiquiátrica tornaram possível conhecer melhor a morbidade, em que cerca de 90% das manifestações psiquiátricas compõem-se de distúrbios não-psicóticos, principalmente depressão e ansiedade,

incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e de concentração e queixas somáticas. (COUTINHO, et al., 1999; MARAGNO, et al., 2006)

No Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, isto vem se modificando (LIMA, et al., 1999). Em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuram os serviços primários de saúde são considerados portadores de distúrbios mentais não-psicóticos (COUTINHO, et al., 1999). Em Pelotas a prevalência de transtornos mentais comuns foi de 22,7%, sendo 17,9% entre os homens e 26,5% entre as mulheres (LIMA, et al., 1999). No Rio de Janeiro, em 1995, observou-se a presença desses quadros em cerca de um terço dos pacientes de um ambulatório geral universitário (COUTINHO, et al., 1999). Em Recife, um estudo populacional (LUDERMIR, et al., 2002) encontrou uma prevalência total de transtornos mentais comuns de, aproximadamente, 35%. Comparando-se esses dados com alguns estudos feitos em outros países, tem-se que a prevalência desses transtornos varia de 23,9% em comunidade rural na África do Sul (BHAGWANJEE, et al., 1998) a 52% em Santiago, Chile (PATEL, et al., 1999). Verifica-se, portanto, que os nossos padrões epidemiológicos são semelhantes.

Um dos instrumentos utilizados em pesquisa sobre saúde mental é o Self Report Questionnaire (SRQ-20). Esse instrumento auto-aplicável foi planejado para triar transtornos mentais em serviços de atendimento primário como também para ser utilizado em grandes estudos epidemiológicos para identificação de casos de depressão e ansiedade em adultos idosos. Foi desenvolvido a partir de instrumentos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde para estudo da morbidade psiquiátrica em atenção primária de países em desenvolvimento. Derivado de quatro outros instrumentos já existentes e desenvolvido por Harding, et al., (1980). O SRQ-20 foi recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos comunitários e em atenção primária à saúde. Este instrumento que se compõe originalmente de 24 questões de fácil resposta (tipo sim/não), sendo as vinte primeiras objeto deste trabalho, para detecção de possíveis portadores (suspeitos) de distúrbios neuróticos e, as outras quatro últimas para distúrbios psicóticos que foram retiradas na composição do SRQ-20. O SRQ-20 foi validado para a população brasileira por Mari, et al., (1986), sendo observadas sensibilidade de 83% e especificidade de 80%; e o ponto de corte utilizado foi de 5-6 para os homens e de 7-8 para as mulheres, que representaram os melhores pontos de sensibilidade e especificidade do instrumento. Para este estudo, o SRQ foi validado dentro da própria amostra do estudo (2.008 idosos com mais de 65 anos de baixa renda) tendo sido observada uma sensibilidade de 76,1% e especificidade de 74,6%. O TMC

foi dicotomizado em  $\geq 5$  (possível caso de TMC) e  $< 5$  (possível não caso de TMC). Os pacientes com pontuação acima desse limiar tem alta possibilidade de apresentarem morbidade psiquiátrica. (SCAZUFCA, et al., 2008)

Situações sócio-econômicas também estiveram associadas a TMC. Esta relação é percebida principalmente relacionada a renda financeira. Estudos apontam uma associação negativa em indivíduos com menores situações econômicas apresentam maiores níveis de TMC demonstrando que situações e eventos estressantes estariam relacionados com TMC. (COSTA, LUDEMIR, 2005)

Os principais estudos que avaliaram a saúde mental de indivíduos na comunidade têm demonstrado que cerca de 90% da morbidade psiquiátrica, nessas populações, compõe-se de distúrbios não-psicóticos (CHENG, 1988, 1989; COUTINHO, 1995; GOLDBERG, 1992).

Estudos conduzidos em populações ocidentais têm mostrado que as prevalências de transtornos mentais não-psicóticos variaram de 7% a 26%, com uma média de 17% (12,5% em homens e 20% em mulheres). Um outro achado importante é que os quadros depressivos têm representado o terceiro problema de saúde em mulheres nos países desenvolvidos e o quinto em países subdesenvolvidos, depois de causas maternas e de algumas doenças transmissíveis. Estes transtornos contribuem ainda para um terço dos dias perdidos por doença no trabalho e um quinto de todas as consultas de atenção primária. Pacientes com transtornos mentais menores apresentam também taxas de mortalidade mais elevadas e prejuízos importantes nas funções social e física (COUTINHO, 1995).

No Brasil, estudos conduzidos em clientela de serviços de saúde em São Paulo e Porto Alegre mostraram que cerca de 50% dos pacientes atendidos apresentavam algum distúrbio mental não-psicótico (MARI, 1986, 1987). Mais recentemente, Villano (1998) observou a presença desses distúrbios em cerca de um terço dos pacientes de um ambulatório de atendimento clínico em um hospital universitário, no Rio de Janeiro.

Uma vez que existem diferentes modelos e teorias, podemos encontrar várias definições de estresse na literatura. Embora não se perceba um consenso entre essas definições, todas trouxeram importantes contribuições para o estudo da relação entre os eventos estressores, religiosidade e o impacto na saúde mental.

Selye (1956) entende o estresse como uma condição interna do organismo, tal modelo biológico é considerado como modelo clássico no que se refere ao estresse. Assim, diante de um evento ambiental que necessite adaptação, o indivíduo apresenta uma resposta não específica, uma vez que qualquer evento nessas condições pode ser responsável pela sua emissão.

As respostas de adaptação, segundo Selye (1956), se dão a partir de fases, cujo processo se denomina Síndrome de Adaptação Geral (SAG). Lipp (2003) apresenta tais fases em um modelo denominado de quadrifásico, o qual é composto de quatro fases: alerta, resistência, exaustão e quase-exaustão.

Seger (2001) elabora uma definição de estresse em termos de adaptação, ou seja, como uma resposta não específica do organismo a qualquer mudança ambiental. Para ele, o organismo tenta adaptar-se, elaborando um comportamento na presença de uma situação, face à qual seus padrões habituais de referência encontram-se superados, tendo o seu repertório pessoal de respostas comportamentais se revelado insuficiente.

O processo de estresse, para o estudo do comportamento, pode ser compreendido como uma alteração na relação do indivíduo com o ambiente devido a mudanças ambientais aversivas, o que implicará na necessidade de um novo repertório. Se o indivíduo, diante de uma alteração ambiental aversiva, não apresentar respostas comportamentais adaptativas, pode-se considerar que essa ausência de resposta se constituirá como um problema (BANACO, 2005).

Desta forma, percebe-se que o processo de estresse será desencadeado e desenvolvido de maneira diferente para cada indivíduo, uma vez que a análise de cada evento como aversivo ou não dependerá de como cada pessoa aprendeu a percebê-lo. Isso quer dizer que o processo de estresse está intimamente relacionado à história de vida do indivíduo, considerando que os pensamentos, sentimentos, regras e auto-regras são aprendidos no decorrer de sua vida.

Estando o estresse relacionado a alterações ambientais aversivas perante as quais o indivíduo precisa apresentar respostas de adaptação, eventos que demandem algum tipo de adaptação por parte do indivíduo podem ser considerados estressores. Para Santos (1995), um único estressor não poderá levar o indivíduo ao estresse, mas sim a combinação e o acúmulo de vários agentes.

Zakir (2001) aponta que, quanto maior forem a intensidade, a frequência e o tempo de duração dos estressores, maior a probabilidade de se desenvolverem reações de estresse.

As fontes de estresse podem ser classificadas em externas e internas. Fontes externas englobam eventos que não dependem diretamente do controle do indivíduo, isto é, mudanças inesperadas, problemas do cotidiano, acidentes ou doenças, por exemplo. Já as fontes internas estão diretamente relacionadas à pessoa e aos comportamentos privados, podendo constituir-se do padrão comportamental apresentado, nível de assertividade, vulnerabilidade, entre outros (LIPP, 1996; LIPP, et al., 1998).

Para Santos (1995), os estressores são absolutos, ou seja, o evento acontece; no entanto a maneira como o indivíduo reagirá a esse evento é relativa, isto é, cada pessoa pode reagir de maneira diferente a um mesmo evento estressor. Nesse sentido, deve-se entender que cada indivíduo possui um nível de tolerância à situação estressante diferente dos demais.

Segundo o modelo psicológico de Lazarus et al., (1984), o *coping* pode ser definido como um conjunto de esforços tanto cognitivos quanto comportamentais que os indivíduos empregam para lidar com as exigências específicas provenientes de uma situação de estresse, exigências essas consideradas como sobrecarregadoras de seus recursos pessoais.

Esse processo pode ser entendido, então, como um conjunto de respostas comportamentais que o indivíduo, diante de uma situação de *stress*, emite para modificar o ambiente na tentativa de adaptar-se da melhor forma possível ao evento estressor, reduzindo ou minimizando seu caráter aversivo. Tais estratégias são aprendidas e mantidas ou não no decorrer da vida de cada indivíduo, dependendo dos esquemas de reforçamento a que cada um foi submetido durante sua história.

Estratégias de enfrentamento de estressores externos poderiam ser, por exemplo, fazer uso de habilidades de solução de problemas e planejamento (SEIDL, et al., 2001); desenvolvimento de repertório apropriado para obtenção de fontes de reforçamento social, como autocontrole e assertividade (COELHO, 1998); e ainda busca de suporte social, religiosidade e lazer (SEIDL, et al., 2001).

O modelo teórico de estresse e enfrentamento denominado Modelo Interativo do Estresse define enfrentamento como "esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais" (FOLKMAN, et al., 1986, p. 572). De acordo com esse modelo, a seleção das respostas de enfrentamento diante de situações estressantes sofre a mediação de avaliações cognitivas. Na avaliação primária, o indivíduo analisa se a situação é potencialmente desafiadora, prejudicial ou ameaçadora. Na secundária, o indivíduo examina seus recursos disponíveis para enfrentar a situação estressante, buscando alternativas mediante as quais a ameaça ou o dano pode ser contornada ou recompensas podem ser obtidas. As conclusões decorrentes dessas avaliações iniciais podem ser modificadas no transcorrer do processo.

Nesse modelo, classificam-se as respostas ou estratégias de enfrentamento de acordo com suas funções, destacando como modalidades principais: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. O enfrentamento focalizado no problema caracteriza-se pelo manejo ou modificação da situação causadora de estresse, com o objetivo

de controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Representa estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como, por exemplo, a solução de problemas. Por sua vez, o enfrentamento focalizado na emoção tem como função primordial regular a resposta emocional causada pela situação-problema com a qual a pessoa se depara, podendo apresentar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquiva. Demais estudos mostram ainda a utilização de outras estratégias, como busca de suporte social, busca de práticas religiosas e distração, na tentativa de lidar com os problemas (SEIDL, et al., 2001; VITALINO, et al., 1985).

Antoniazzi, et al., (1998), enfocando diversos modelos e estudos sobre o tema, afirmam que o enfrentamento tem sido estudado também em função de seus estilos, estratégias ou como processo. Os estilos estão mais relacionados a características de personalidade do indivíduo ou aos resultados do próprio enfrentamento, enquanto as estratégias referem-se a cognições ou a comportamentos direcionados a uma situação específica causadora de estresse. Na perspectiva de enfrentamento como processo, parte-se do princípio de que as respostas de enfrentamento apresentadas por uma pessoa podem mudar ao longo do tempo e de acordo com as exigências do contexto em que ocorre. Nessa concepção, uma pessoa pode apresentar diferentes estratégias de enfrentamento, em situações distintas (Lazarus & Folkman, 1984).

Em coerência com a teoria de Lazarus, et al., (1997) defende a existência de alguns pressupostos do processo de enfrentamento. Assim, reafirma a importância de considerar que os eventos são interpretados pelas pessoas de acordo com os significados que têm para si. Dessa forma, o que torna uma experiência estressante não é o evento em si, mas as avaliações que as pessoas fazem da situação, o que leva à percepção do estressor como ameaça, dano ou desafio. Além disso, são analisados também os recursos disponíveis e responsabilidades ao lidar com a situação. Assinala ainda que as pessoas possuem um sistema de orientação que representa uma forma geral de compreender e lidar com as situações e que, em momentos de crise, o processo de enfrentamento é fortemente influenciado por esse sistema. O autor defende que as pessoas lidam com os problemas da forma que é possível em determinado momento, pois as opções de enfrentamento são limitadas pela pressão dos eventos, pelo sistema de crenças predominante e pelas avaliações dos recursos disponíveis para enfrentá-los.

Nas últimas décadas, os estudos epidemiológicos têm contribuído de forma significativa para uma melhor compreensão dos elos entre fatores do ambiente social e a origem e o curso de distúrbios psiquiátricos. Exemplos desses estudos são o *International*

*Pilot Study in Schizophrenia* (WHO, 1979) e *Determinants of Outcome Project* (SARTORIUS, et al., 1986). Grande parte desta produção acadêmica está voltada para o papel dos chamados eventos de vida produtores de estresse (*stressful life events*) como fatores de risco para transtornos mentais não-psicóticos (BROWN, et al., 1978; COSTELLO, 1982; KENDLER, et al., 1998; SURTEES, et al., 1986).

Talvez a maior dificuldade em se avaliar o papel dos determinantes sociais na iniciação e curso dos distúrbios psiquiátricos repouse na possibilidade de causalidade bidirecional associada a estes eventos. Fatores ambientais desfavoráveis estão sabidamente associados ao aparecimento e/ou à maior severidade no curso de grande parte dos distúrbios psiquiátricos. Por outro lado, a doença mental pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, como baixo nível educacional, desemprego, ruptura de relações pessoais, etc. Portanto, distinguir fatores de risco de efeitos adversos constitui um dos grandes desafios da área.

Na América Latina, e no Brasil em particular, existem uma série de fatores que contribuem para a elevada prevalência de eventos de vida estressantes e de transtornos mentais na população, tais como processos acelerados de urbanização e industrialização, acesso desigual aos cuidados de saúde, condições de moradia inadequadas, distribuição desigual da renda, desemprego, altas taxas de violência e criminalidade. Em Pelotas, Lima et al., (1996), observaram uma prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) de 22,7%, que aumentava com a idade. Nessa população, a presença de eventos de vida produtores de estresse (EVPE), com exceção de migração e acidentes, estava positivamente associada aos TMC, e a probabilidade de TMC aumentou, linearmente, com o número de eventos desfavoráveis.

## I.5 – Associando as variáveis

Muitos idosos nessa etapa da vida são acometidos por transtornos mentais. A pesquisa de Maia, et al., (2004) evidenciou a prevalência desses distúrbios em 29,3% dos 327 idosos investigados. Em razão da alta taxa de problemas psiquiátricos ou emocionais em idosos, o número de pessoas que procuram serviços de atendimento em saúde mental cresce a cada ano.

Avaliar quais os motivos que levam o idoso a procurar o serviço médico foi o foco do estudo de Almeida (1999). Os dados levantados sugerem que o transtorno do humor foi o problema psiquiátrico mais freqüente, sendo muito comum entre as mulheres.

Também foram encontrados diagnósticos de síndrome demencial, transtornos ansiosos, esquizofreniformes, alcoolismo e abuso de sedativos. Contudo, Gazalle, et al., (2004) apontam que problemas psicológicos tais como ansiedade, depressão e desesperança em idosos são pouco investigados pelos médicos ou outros profissionais no contexto clínico, embora sejam comuns como queixas clínicas.

No caso da ansiedade, são freqüentes sintomas como insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem como sintomas físicos como taquicardia, tontura, cefaléia, dores musculares, formigamento, suor. Para o diagnóstico de uma síndrome ansiosa é importante verificar a intensidade dos sintomas e seu impacto na vida do indivíduo (DALGALARRONDO, 2000).

A ansiedade ocorre diante de uma visão catastrófica dos eventos, anunciando que algo perigoso e ameaçador pode acontecer. Para Skinner, et al., (1985), a ansiedade nos idosos está relacionada às limitações vivenciadas na velhice e, na maioria das vezes, interpretadas como ameaçadoras. As pessoas com altos níveis de ansiedade apresentam uma tendência de antecipar sua inabilidade e questionar suas habilidades intelectuais. Essas percepções negativas interferem na atenção seletiva, na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio, o que nessa fase da vida poderia ser a diferença entre uma saúde mental boa ou comprometida. (COES, 1991)

Byrne (2002) destaca que são freqüentes sintomas de ansiedade em idosos, e na maioria das vezes, a ansiedade vem associada a transtornos depressivos e a doenças físicas. Todavia, há poucas investigações a respeito da prevalência de ansiedade na população acima de 65 anos.



A ansiedade em idosos com mais de 80 anos foi tema da pesquisa de Xavier et al., (2001), na qual constatou que 10,6% dos 77 idosos participantes apresentavam transtorno de ansiedade generalizada. Os elevados índices de ansiedade estavam associados com sintomas depressivos, transtorno depressivo maior e depressão menor. Os autores ressaltam a importância da atitude do médico diante do idoso, devendo considerar a presença de comorbidades entre ansiedade e humor depressivo.

Em um estudo epidemiológico Regier, et al., (1988) verificaram que 5,5% dos idosos com mais de 65 anos de idade apresentavam transtorno ansioso, excluindo os casos mais comuns de ansiedade generalizada. Esse índice aumenta para 15% quando são incluídos casos de ansiedade generalizada. No estudo de Almeida (1999) com 398 idosos foi encontrada uma prevalência de 15,4% de idosos com transtorno de ansiedade.

No que tange à depressão, é importante destacar que ela tem sido considerada como um dos transtornos que mais afetam o idoso. Seu diagnóstico no idoso é ainda mais complexo quando comparado ao diagnóstico em outras faixas etárias, pois, como ressaltam Piccoloto, et al., (2001), o próprio processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas depressivos, o que conduz à confusão no diagnóstico.

Conforme descrito no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (1994), para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior é necessário que o indivíduo apresente, durante um período de pelo menos duas semanas, cinco ou mais dos sintomas listados a seguir: humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias; falta de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de peso sem estar de dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de culpa; indecisão e dificuldade de concentração; pensamentos de morte ou tentativas de suicídio. Além disso, os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo ao funcionamento do indivíduo e não devem ser consequência de uso de substâncias como drogas ou algum tipo de medicamento, nem ocorrer em função de uma condição médica ou de luto.

A depressão envolve uma série de comprometimentos no funcionamento de uma pessoa. Os resultados do estudo de Fleck, et al., (2002) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior

intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos.

Muitos estudiosos têm se preocupado em estudar características de idosos que vivem em abrigos ou asilos. Entre eles, Davim, et al., (2004) procuraram conhecer o contexto social, econômico e de saúde de idosos que moram em asilos. Os participantes do estudo foram 76 idosos que viviam em três instituições asilares diferentes, os quais foram submetidos a entrevistas. Os resultados indicaram que, assim como aponta a literatura, a maioria dos idosos é do sexo feminino, possui baixo nível de escolaridade, dificuldades financeiras, relacionamento familiar conflituoso, atividades de lazer limitadas e problemas de saúde.

A autonomia do idoso institucionalizado foi o foco da pesquisa de Garbin, et al., (2000). Foram entrevistados 306 idosos de uma instituição geriátrica do Estado de São Paulo. Os resultados evidenciaram que quando a instituição asilar oferece condições que favorecem realização de atividades facilitadoras da autonomia e independência dos idosos, há motivação e poucos sentimentos negativos relacionados à velhice.

Nesse contexto, percepções negativas e autoderrotistas podem conduzir o idoso a desenvolver sentimentos de desesperança. A desesperança caracteriza-se por pensamentos autoderrotistas e uma visão pessimista e negativa diante do futuro, e está fortemente relacionada à depressão (BECK, et al., 1997). Indivíduos com transtornos depressivos tendem a avaliar negativamente a si mesmos, o mundo e o futuro.

Pode-se dizer que a desesperança está relacionada ao sentimento de fracasso, considerando-se que na velhice o fracasso ocorre com maior frequência do que na juventude (SKINNER, et al., 1985). Muitas vezes, o idoso deixa de fazer aquilo que não consegue realizar com sucesso, visto que considera que irá fracassar novamente. Nesse momento o sentimento de desesperança é inevitável. Sob esse aspecto, Davim, et al., (2004) preconizam que, com o avançar da idade, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, que conduzem a sentimentos de desamparo.

A velhice, muitas vezes, caracteriza-se por sentimentos de impotência e fragilidade. Considerando-se os aspectos até aqui abordados, pode-se aventar a hipótese de que sentimentos característicos do envelhecer podem despertar a desesperança e conduzir a sintomas depressivos e ansiosos.

Nas últimas décadas, diversos estudos prospectivos têm demonstrado que o envolvimento religioso está associado a uma expectativa maior de vida possuindo os indivíduos religiosos maior chance de sobrevivência em comparação com as com menores níveis de religiosidade. (McCULLOUGH, et al., 2000)

O envolvimento também foi encontrado para moderação e relação da incapacidade funcional e depressão e, conforme o envolvimento religioso aumentou, a relação entre depressão e a incapacidade enfraquecia. (KOENIG e outros, 1992)

Estima-se que mais de 1.000 estudos têm analisado a relação entre o envolvimento religiosos e a saúde física e mental. A maioria destes constataram que as pessoas religiosas são fisicamente e possuem um estilo de vida mais saudável, exigindo menores atendimentos e serviços de saúde dos que aqueles que não são religiosos. (KOENIG, et al., 2001)

Apesar das várias constatações encontradas nos artigos e pesquisas publicadas na área de saúde mental e *coping* religioso, existe uma crítica quanto aos fundamentos metodológicos de parte dos estudos obtidos. Alguns pesquisadores não conseguiram controlar variáveis de confusão bem como as comparações múltiplas de vários procedimentos estatísticos. A incapacidade pra controlar estes fatores podem levar a resultados enviesados destas associações. Inclui-se nessas dificuldades ou problemas a formação das amostras, formas de coleta de dados e pouca explicação do método de pesquisa. (BERRY, 2002)

No estudo da religiosidade, várias de suas dimensões devem ser pesquisadas para melhor descrever e analisar seus efeitos como *coping* na saúde mental do indivíduo. De acordo com Gordon Allport (appud MOREIRA-ALMEIDA, et al., 2006a), a religiosidade de uma pessoa pode ser intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade intrínseca, as pessoas têm na religião seu bem maior. Outras necessidades são vistas como de menor importância, e, na medida do possível, são colocadas em harmonia com sua orientação e crença religiosa. Na religiosidade extrínseca, a religião é um meio utilizado para obter outros fins ou interesses, para proporcionar segurança e consolo, sociabilidade e distração, status e auto-absolvição. Nesse caso, abraçar uma crença é uma forma de apoio ou obtenção de necessidades mais primárias. Além destas dimensões de religiosidade, outras tem sido estudadas para melhor compreender o impacto da religiosidade na saúde mental. Entre essas dimensões de religiosidade mais pesquisadas, estão: a religiosidade subjetiva (o quanto a pessoa se considera religiosa), filiação religiosa (a qual denominação religiosa o indivíduo pertence) e religiosidade organizacional (com que frequência o indivíduo vai à igreja, cultos ou outras atividades religiosas). (KOENIG, et al., 2001)

Para uma melhor investigação e pesquisa na área da saúde mental e os efeitos do *coping* religioso, são necessários critérios bem discutidos e elaborados de indicadores de saúde mental e das dimensões de religiosidade . Estes critérios de indicadores são percebidos através da escolha de escalas e questionários validados, bem como de rigorosos e criteriosos

métodos de aplicação, obtenção e análise dos seus resultados. (MOREIRA-ALMEIRA, et al., 2006b)

Desta maneira, diversos estudos que buscam pautar-se em métodos, variáveis e materiais rigorosos, apontam ou sugerem a relação entre saúde mental e religiosidade (STEFFEN, et al., 2005; GARRISON, et al., 2004; SCHWARTZ, et al., 2003). Estes estudos coletaram informações relacionadas ao impacto na saúde mental dos indivíduos frente a eventos estressores analisando seus resultados através da interferência da variável religiosidade e espiritualidade no indivíduo. Seus resultados além de consolidar o impacto da religiosidade na saúde mental contribuem com os novos campos de pesquisa e de investigação na área de saúde mental.

Segundo Lipp, et al., (1998), não é possível eliminar o estresse da vida das pessoas, mas existem muitos meios para evitar que ele se torne excessivo e, conseqüentemente, acarrete tantos outros problemas para os indivíduos. Por essa razão, ressalta-se a importância do conhecimento acerca desde processo, de suas fases e de suas manifestações para que seja possível controlar seus efeitos negativos.

A capacidade do ser humano em se adaptar a situações adversas, seja através de comportamentos aprendidos por regras ou diretamente pela exposição às contingências, possibilita meios para evitar e/ou enfrentar situações estressoras. Essa capacidade somada aos benefícios proporcionados pela informação permite considerar importantes avanços em direção à melhora da qualidade de vida das pessoas.

Sendo assim, defende-se a importância de pesquisas relacionadas ao estresse de maneira a identificar cada vez mais situações que possam gerar conseqüências negativas para o ser humano, e todas as implicações referentes à questão, não apenas no trabalho, mas em todas as áreas de sua vida.

Ellison, et al., (1998) buscam inicialmente em seu artigo suscitar a investigação epidemiológica sobre os fatores religiosos e suas relações com a saúde física e mental por parte dos médicos, bem como, objetivaram também identificar os mais promissores mecanismos explicativos dos efeitos religiosos sobre a saúde e, complementam o trabalho com uma crítica aos trabalhos anteriores sobre religião e saúde, apontando limitações e novas direções de investigação.

Essas investigações incluem tanto a relação com os pacientes quanto dos seus cuidadores. Entre os artigos de revisão, Mohr (2006) trabalhou a distinção entre os conceitos de espiritualidade, religião e saúde mental como componentes de intervenções que o enfermeiro pode usar quando trabalhando com seu paciente. Sua revisão de literatura utilizou

o MEDLINE, CINAHL e textos atuais. Percebeu que a espiritualidade e a religião são muitas vezes negligenciadas pela psiquiatria na avaliação e intervenção em saúde mental. A fim de maximizar a eficácia terapêutica, sugere o autor, que os enfermeiros devem estar cientes de que, para muitos pacientes, espiritualidade é um fator essencial na vida.

Dentre os campos novos de investigação Lauder, et al., (2006) investigaram a relação entre religiosidade e solidão. Para os autores a solidão e a experiência subjetiva do isolamento social é um fator de risco para uma ampla gama de problemas da saúde, incluindo as doenças cardíacas e depressão. Estão também associados à solidão uma pobre auto-avaliação de saúde, a violência doméstica e as más condições econômicas. Em seu estudo transversal, de uma amostra aleatória de 1289 adultos com mais de 18 anos, os autores encontraram resultados que sugerem que a solidão é mais comum em homens e pessoas sem fortes convicções religiosas. A relevância para a prática clínica destes resultados abrangem diversos campos da saúde e do envolvimento social.

Além destes fatores sociais, a solidão encontra-se comumente ligado ao fenômeno do envelhecimento. Este campo de estudo também é discutido por diversos autores na área da religiosidade, saúde mental e envelhecimento. (BOEY, 2003)

Estes eventos estressores são estudados por Seyedfatemi, et al., (2007), por considerarem que o não tratamento de forma eficaz do estresse pode resultar em sentimentos de solidão, nervosismo, insônia e outros problemas na saúde mental do indivíduo. Neste seu trabalho, um estudo transversal com 366 alunos do Curso de Enfermagem do primeiro ao quarto ano, em 2004 e 2005, os autores buscaram determinar as fontes de estresse e as estratégias de coping utilizadas pelos estudantes, que facilitariam o regresso à uma situação equilibrada, reduzindo os efeitos negativos do estresse. Sugerem os autores que a religiosidade foi utilizada pelos alunos (65,8%) indicando uma relação positiva ao enfrentamento do estresse.

Smith, et al., (2003) conduziram uma meta-análise dos resultados de 147 estudos, com um total de 98.975 pesquisados, indicando uma forte associação entre a religiosidade e o estresse moderado e o estresse grave, apontando que a força desta associação depende da medida de religiosidade utilizada. Além disto, complementam os autores, que a utilização da religião pra outros fins e o enfrentamento religioso negativo foram associados com mais níveis de estresse e depressão maior.

Outros autores estudam separadamente ou abordam em específico estes eventos estressores.

Para Mitchell, et al., (2006), ao investigarem uma amostra de 143 mulheres americanas de baixa renda, com idade entre 21 e 64 anos de idade, buscaram analisar as variáveis de coping na relação entre violência doméstica cometida pelos seus parceiros íntimos e os resultados na saúde mental destas mulheres. Das sessenta e cinco que tiveram experiência com a violência doméstica, sugerem os autores que existe uma relação entre enfrentamento medido pelos fatores do bem-estar espiritual e o apoio social com a sua saúde mental. Estes resultados possuem uma implicação direta com a prática de atendimento à mulheres que sofrem abusos e violências domésticas.

Watlington, et al., (2006) correlacionam os sintomas do pós-estresse ao envolvimento religioso, espiritual, enfrentamento religioso e apoio social, após analisar o relato de 65 mulheres americanas que vivenciaram violência doméstica no ano de 2005. mulheres que evidenciaram níveis mais altos de espiritualidade e de maior envolvimento religioso relataram menos sintomas depressivos. O envolvimento religioso também foi associado negativamente com o sintoma pós-estresse, maiores níveis de estratégias de enfrentamento religioso e maior nível de apoio social. Os seus resultados apóiam a hipótese que o apoio social e o coping religioso apresentam-se como mediadores das associações entre as variáveis de saúde mental, espiritualidade e envolvimento religioso.

Graham-Bermann, et al., (2006) ao pesquisar 218 crianças americanas de 5 a 13 anos de idade após a exposição à violência doméstica, avaliando os sintomas de estresse traumático, identificam que o melhor predito de enfrentamento foi a figura materna e que, para a mãe, o apoio social e a religião foram considerados elementos protetores à saúde mental. Concluem assim os autores que mesmo indiretamente a religiosidade possui relação positiva com o evento estressor que a criança foi submetida. Ao lidarem com a amostra de 2427 homens, militares, que receberam cuidados ambulatoriais, em um estudo longitudinal, os pesquisadores Chang, et al., (2003) buscaram analisar a associação entre o abuso sexual sofrido na infância, religião e saúde mental na sua amostra. Dimensões de religiosidade utilizadas foram a organizacional e a religiosidade subjetiva. Foi percebido que níveis mais baixos de saúde mental e mais altos de depressão estão associados a agressão sexual. Esta relação, contudo, se diferenciou dos participantes que relataram participar com mais frequência dos serviços religiosos para com aqueles que nunca o fizeram. Da mesma forma, os autores perceberam existir uma menor magnitude do desenvolvimento e nível da depressão associada a agressão sexual para aqueles que possuíam um nível mais elevado de religiosidade subjetiva. Concluem Chang, et al., (2003) que a religiosidade atenua esta

associação e além disto, destacam os autores o papel importante que a religião pode ter na vida do indivíduo ao lidar com esses eventos estressores.

Chang, et al., (2001) avaliaram anteriormente uma amostra nacional de 3543 mulheres americanas, que utilizaram o serviço ambulatorial, prestando ainda ou não o serviço militar. Seus objetivos eram investigar o impacto do efeito da religião sobre a saúde mental e a depressão nas mulheres que sofreram abuso sexual no período militar. Investigou a dimensão da religiosidade organizacional e subjetiva. As mulheres que sofreram abuso sexual e pertenciam à atividade militar apresentavam menor nível de saúde mental e maiores níveis de depressão. Os resultados mostraram também que os impactos negativos destes níveis possuem forte associação à agressão sexual. Estes dados se alteraram positivamente com o aumento da frequência em atividades religiosas, mostrando que o envolvimento religioso minimiza os impactos negativos das agressões sexuais sobre a saúde mental e a depressão nas mulheres investigadas. Tais resultados possibilitam ampliar e projetar a religiosidade como forma de intervenção e discussão no tratamento.

Outros autores continuam a abordar essa temática da investigação dos eventos estressores reportando-os em efeitos negativos à saúde mental e encontrando associação positiva da religiosidade e da espiritualidade nos níveis melhores de saúde mental. (MENENDEZ, et al., 2006; ZIMMERMAN, et al., 2000; HOLTZ, 1998; )

Tomados da investigação destes fatos, diversas pesquisas buscam também analisar os níveis de saúde mental dos paciente relacionando-os à saúde física, eventos clínicos e patologias.

Nos estudos de Hanley (2007) e White-van, et al., (1992), ambos abordando o tema da gestação, sendo o foco da depressão pós-parto e do aborto involuntário decorrente de anomalias fetais, respectivamente, encontraram diferenças nas associações destes eventos e a relação com a saúde mental das mães e cônjuges e a variável religiosidade.

Estas implicações apontam para uma relação entre religiosidade e os níveis de depressão. Quanto maior o envolvimento religiosos, menores eram os níveis de depressão e maior os níveis de saúde mental ao longo do curso dos anos provocado pelos eventos clínicos ocorrido.

Esta relação também é discutida em referência aos cuidadores de pacientes diversos. Pearce, et al., (2006) sugerem mecanismos explicativos nas suas investigações com 162 cuidadores de pacientes com câncer em fase terminal. Em seus resultados, os autores percebem que a utilização de estratégias positivas de enfrentamento religioso foi associada com maiores encargos, mas também com uma maior satisfação na atividade e melhor saúde

mental. Em contrapartida, a utilização de estratégias negativas de enfrentamento religioso foi relacionada com um maior peso, pior qualidade de vida e menor satisfação, correlacionando uma maior probabilidade de transtornos depressivos e de ansiedade. As implicações destes resultados são sugeridas pelos autores na discussão de uma maior investigação da saúde dos cuidadores e suas relações com os seus pacientes.

Pardini, et al., (2000) exploram a relação entre a fé religiosa e espiritualidade e os impactos na saúde mental em 236 indivíduos em recuperação de abuso de drogas. Os resultados apontam que a recuperação dos indivíduos tendem a apresentar uma associação relacionados aos níveis mais elevados de fé e filiação religiosa. Também indicam que a recuperação entre os indivíduos, níveis mais elevados de fé religiosa e espiritualidade foram associados a uma vida mais otimistas, uma maior percepção do apoio social, maior resistência ao estresse e mais baixos níveis de ansiedade. Estes e outros resultados tendem a auxiliar nos projetos de tratamento de pacientes em recuperação no uso de drogas e outras substâncias.

Estudos mais gerais, abordando as relações e associações diretas entre a religiosidade e saúde mental também foram encontrados.

Holt, et al., (2007) realizaram um estudo que utilizou um misto de métodos de abordagens para analisar as percepções da conexão religião-saúde em americanos de áreas rurais e urbanas. Quatrocentos participantes foram selecionados aleatoriamente e entrevistados por telefone, respondendo sobre sua percepção do papel da religiosidade em sua saúde. As análises quantitativas revelaram a presença mais forte da associação entre religiosidade e saúde mental entre as mulheres, os participantes mais velhos e os residentes das áreas rurais.

Estas questões são exploradas por Ellison (1995) usando dados de uma amostra de 2956 participantes de comunidades do sudeste dos EUA. Em seus resultados, o autor inclui apreciações referentes à frequência a atividades religiosas inversamente associadas a sintomas depressivos entre os brancos, mas não entre os negros. A ausência de uma filiação religiosa é positivamente associada a sintomas depressivos entre os negros, mas não entre os brancos e, a frequência em atividades particulares, tais como oração, é positivamente associada a sintomas depressivos entre ambos os grupos raciais.

Mais recentemente, Franzini, et al., (2005) analisaram o papel multifacetado de raça nas relações entre religiosidade e saúde. Os resultados sobre saúde e religiosidade apresentaram-se diferencialmente quando estratificados por raça. Além disto, apresentaram os autores, que as pessoas com maiores recursos sociais tendem a ter um maior envolvimento religioso e uma melhor saúde, enquanto que os indivíduos com menos recursos sociais tende a



ter um menor envolvimento religioso e uma saúde mais precária. Contudo, ao avaliar separadamente a variável raça, negros relataram maior envolvimento religioso organizacional enquanto os brancos um maior envolvimento religioso não-organizacional. Foi percebido que auto-avaliação de saúde, porém, foram positivamente associados à saúde mental quando relatado organização religiosa e negativamente associado com saúde física e mental, através da religiosidade não-organizacional.

Moreira-Almeida, et al., (2006), em seu artigo de revisão sobre religiosidade e saúde mental, utilizando-se de uma revisão prévia onde foram identificados 850 artigos publicados ao longo do século XX, também incluiu uma breve contextualização histórica e metodológica, além de uma atualização com artigos publicados após 2000 e a descrição de pesquisas conduzidas no Brasil. Concluíram os autores que, em grande parte dos estudos de boa qualidade, pôde-se perceber que maiores níveis de envolvimento religioso estão habitualmente associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (felicidade, satisfação de vida, afeto positivo e moral mais elevado) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e uso de drogas. Esclarece ainda que o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse (idosos e aqueles com deficiências e doenças clínicas).

Tem sido estudado não apenas o impacto da religiosidade sobre a saúde mental, mas também, sobre a saúde física e a mortalidade. Segundo uma revisão sistemática com meta-análise que envolveu 42 amostras englobando 125.826 indivíduos, o envolvimento religioso foi significativamente associado com menor mortalidade. Esta associação foi robusta e de magnitude semelhante à de outros fatores psicossociais. (McCULLOUGH, et al., 2000)

Dalgallarrondo (2007), em seu trabalho, apresenta um abrangente panorama e uma análise crítica da produção sobre saúde mental e religião no Brasil, através de uma análise das pesquisas de relevância histórica, bem como as investigações contemporâneas. O autor conclui que há uma rica multiplicidade metodológica e de temas abordados nestes estudos sobre religiosidade e saúde mental. Ressalta, contudo, a necessidade da busca de teorias, para nortear as pesquisas empíricas, e uma maior articulação com as ciências sociais que poderão contribuir para um maior avanço na pesquisa nessa área.

Perceber a religiosidade enquanto variável que interfere na saúde mental do indivíduo é primeiramente mudar a relação muitas vezes estabelecida entre os pesquisadores e profissionais de saúde com as comunidades religiosas. Para Koenig (2007b), da mesma forma que os profissionais de saúde mental não têm valorizado o papel da religião nas vidas dos indivíduos, as comunidades religiosas também têm desenvolvido atitudes negativas com

relação aos profissionais da saúde mental, sendo, normalmente, vistos como inúteis ou ameaçadores de convicções e crenças religiosas.

Em pesquisas na população geral e em médicos dos Estados Unidos, as crenças e o comportamento religioso foram estudados. Revelou-se que 95% das pessoas acreditam em Deus, 77% acreditam que os médicos devem considerar as suas crenças espirituais, 73% acreditam que devem compartilhar as suas crenças religiosas com o profissional médico e 66% demonstram interesse de que o médico pergunte sobre sua espiritualidade. No entanto, apenas 10% a 20% relataram que os médicos discutiram a espiritualidade com elas (LARSON, et al., 2000; ANAYA 2002; COWAN, et al., 2003).

O caminho científico da medicina tem apontado às áreas da biologia molecular, genética, farmacoterapia e também à espiritualidade, o que já é visto através de artigos em revistas médicas de alto impacto científico que abrem espaço a esse tema, tais como: Lancet, New England Journal of Medicine, British Medical Journal, American Journal of Psychiatry, JAMA, entre outras. (KOENIG, et al., 1998; KOENIG, et al., 2004)

Em 2000, Gesler, et al., após três estudos com idosos de zona rural dos EUA, com o objetivo de avaliar os efeitos da religião na saúde, apontam que, a religião é uma força potente na vida dos idosos pesquisados. Contudo, diferenças culturais influenciam o resultado do efeito religioso. Além disso, ressaltam o cuidado para não assumir que as convicções religiosas possuem sempre um aspecto positivo. Neste estudo, algumas das associações em religiosidade e saúde mental eram fracas. Os autores do estudo sugeriram que a relação pode ainda ser negativa, por exemplo, se alguém acredita que uma doença foi causada através do pecado. Concluem verificando a importância do estudo da religiosidade, do conhecimento e práticas relacionadas às convicções religiosas por parte dos médicos por ser uma fonte útil de apoio ou de impedimento na prática médica. É preciso saber quando usar e não usar a religiosidade de um paciente como suporte à saúde mental, bem como estar atento às diferenças e semelhanças culturais e suas relações com a saúde.

Koenig, et al., (2004b), em uma pesquisa realizada com 838 pacientes idosos hospitalizados do Centro Médico Universitário de Duke, examinaram os efeitos da religião como apoio social e psicológico para a saúde física. As medidas referidas de religião incluíram atividade religiosa organizacional e não organizacional, religiosidade intrínseca e religiosidade subjetiva. Variáveis de religiosidade predisseram constantemente maior apoio social, menos sintomas de depressão, melhor função cognitiva e maior cooperação com o tratamento. Os resultados positivos na relação entre religiosidade e apoio social eram percebidos com menos frequência na saúde física do que os apresentados com os fatores

psicossociais. A relação entre apoio social e religiosidade representam a maioria dos achados consistentes desta pesquisa. Apontam que em 20 estudos realizados, 19 encontraram associação significativa entre religião e apoio social. Tanto o envolvimento em atividades sociais religiosas quanto as atividades religiosas particulares apresentaram forte relação com um alto apoio social, no primeiro caso pelo próprio envolvimento com o grupo e no segundo, sugerem os autores, quando a religião é interiorizada isto afetaria a vida particular do sujeito e suas experiências, influenciando a sociabilidade e a percepção das relações. Concluem assim que, as atividades, experiências e atitudes religiosas / espirituais são prevalentes em pacientes mais velhos e estão associados a um maior apoio social, melhor saúde psicológica e, até certo ponto, melhor saúde física e que a consciência destas relações pode melhorar os cuidados médicos para com os idosos.

Ness, et al., (2002) realizam um trabalho para avaliar as relações entre religiosidade e saúde mental em idosos, objetivando também auxiliar os psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental a lidarem com os idosos. Foram selecionados diversos estudos na literatura científica relativos à religião e saúde mental em idosos realizados no século XX. Os autores também revisaram estudos atuais pertinentes ao assunto entre religião e idosos. Concluíram os autores que pessoas mais religiosas referiram níveis geralmente mais altos de bem-estar. A revisão também encontrou associações inversas bastante consistentes entre religiosidade e taxas de depressão e suicídio. Alguns estudos apontaram uma correlação positiva entre níveis mais altos de religião e ansiedade. Contudo, percebeu-se que os efeitos da religiosidade em saúde mental são geralmente efeitos considerados protetores na vida do idoso e modestos na força com que se apresentam.

Aranda (2008) ao examinar a relação entre o envolvimento religioso e depressão em uma amostra de 230 idosos de baixa renda nos Estados Unidos apresenta como resultado a associação entre os níveis mais elevados de envolvimento religioso a um menor risco de depressão. Avaliando separadamente os idosos imigrantes dos idosos nascidos nos EUA, embora os idosos imigrantes fosse mais propensos a participação e frequência em cultos religiosos, não houve diferença nos relatos e taxas de depressão. Reconhece, o autor, existir um crescente reconhecimento nas últimas décadas dos efeitos protetores da saúde tanto física como mental advindo do envolvimento religioso.

Neste sentido, Gautam, et al., (2007) buscaram explorar a participação em atividades religiosas e a satisfação com a vida e a sua relação com a depressão em idosos do Nepal. Utilizaram uma amostra de 489 idosos, dentre eles, 247 homens e 242 mulheres. Em seus resultados, os autores apresentam uma associação entre a participação em atividades

religiosas específicas correlacionado-as à baixos níveis de depressão e níveis mais elevados de satisfação com a vida.

Acrescentaram ainda Gautam, et al., (2007) a necessidade de novas investigações sobre a participação em atividades em países em desenvolvimento para que este resultado possa ser melhor trabalhado pelos profissionais de saúde e por pessoas envolvidas em atividades voltadas à população idosa nos nestes países em desenvolvimento.

Este apoio social é percebido por Krause (2006a) ao investigar ao longo de três anos, uma amostra aleatória de 1.500 idosos dos Estados Unidos, a sua relação com a religiosidade e seu impacto sobre a mortalidade. Receber apoio dos membros freqüentadores da mesma igreja foi positivamente relacionado com a mortalidade e, a freqüência de atendimento religioso também foi inversamente relacionada com a mortalidade.

Também Hill, et al., (2005) analisaram os efeitos da presença da religiosidade na mortalidade entre os idosos mexicanos com mais de 65 anos. Seus estudos indicaram que, em comparação com aqueles que não freqüentavam as atividades religiosas, os idosos com participação de pelo menos uma vez por semana experimentavam uma redução do risco de mortalidade.

Para Chen, et al., (2007) que analisaram uma amostra de 1610 idosos participantes de um estudo clínico para tratar da depressão e, para Blank, et al., (2001) que examinaram o efeito da depressão em 158 idosos hospitalizados, perceberam, em ambas as pesquisas, que a depressão estava associada a aceitação de eutanásia e ideação suicida. Contudo, os autores sugerem que o envolvimento religioso foi significativamente correlacionado com uma menor ideação suicida e aceitação da eutanásia.

Vários outros autores apontam a mesma relação na participação em atividades religiosas e/ou o envolvimento religioso sugerindo efeitos protetores à depressão, saúde mental, saúde física, mortalidade e eventos estressores (WOLINSKY, et al., 2003; JANG, et al., 2005; BIENENFELD, et al., 1997)

Portanto, dada a importância do estudo da religiosidade e suas conseqüências no campo da saúde mental, suas relações e implicações na saúde pública, percebe-se a importância da geração de conhecimento científico sobre a ocorrência e o perfil religioso e seu impacto na vida dos indivíduos com mais de 65 anos de idade. Ressalta-se, ainda, a carência de dados nacionais sobre a relação da religiosidade e a saúde mental em idosos, constituindo-se num grande e inexplorado campo de estudo e pesquisa.

Entre as linhas de pesquisa sugeridas por Koenig et al. (2001) ao final de sua revisão, estão a necessidade de pesquisas que identifiquem como os idosos podem utilizar

melhor os recursos religiosos e como as comunidades religiosas podem ser mobilizadas para prover o cuidado e serviço ao idoso.

Ele também destaca necessidade de estudos além dos EUA e modelos que procurem explicar o impacto da religiosidade na saúde.

## **II - OBJETIVO**

### **Objetivo Geral**

Avaliar e compreender a relação entre a religiosidade e prevalência de TMC no idoso.

### **Objetivos Específicos**

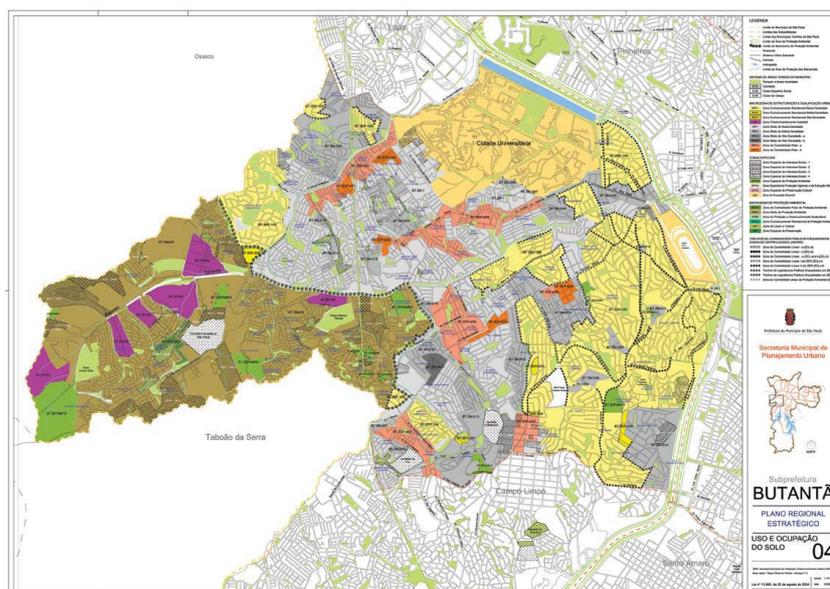
Investigar as relações entre os níveis de religiosidade organizacional, subjetiva e filiação religiosa com a prevalência de TMC em idosos de baixa renda em uma grande cidade brasileira.

Investigar a relação entre religiosidade e suporte social.

Investigar primeiro, separadamente, depois em conjunto, o efeito moderador de vários aspectos do suporte social na relação entre religiosidade e TMC.

### III - MÉTODO

O presente trabalho está inserido no estudo “São Paulo Ageing & Health Study”, e é um sub-projeto do estudo “Incidência de demência e declínio cognitivo em populações de baixa renda em São Paulo: estudo de coorte” (FAPESP, Projeto n. 2004/12694-8), que investiga diversos aspectos da saúde mental de idosos com 65 anos ou mais residentes em áreas de baixa renda no município de São Paulo e os detalhes sobre a descrição da amostra e procedimentos foram reportados em estudos anteriores (SCAZUFCA, et al., 2005; 2007). A primeira fase do SPAH, cujos dados foram utilizados no presente estudo, foi um levantamento transversal, que teve como objetivo principal estimar a prevalência de demência em idosos de baixa renda em São Paulo e foi realizada de abril de 2003 a maio de 2005 (SCAZUFCA, et al., 2008). As áreas de captação do SPAH foram 66 setores censitários da subprefeitura do Butantã. Foram selecionadas as áreas que tinham Unidades de Saúde da Estratégia da Família e que continham favelas apresentando um baixo índice de desenvolvimento humano. Em 2000, o contingente populacional dessas áreas consistia em 63.122 habitantes, que representavam 16,7% da população total da subprefeitura do Butantã (Prefeitura de São Paulo, 2004). Foram identificados todos os idosos moradores das áreas de captação, através de arrolamento domiciliar. Dos 2.266 idosos identificados, 2.072 (91,4%) consentiram em participar e foram entrevistados. Foram excluídos os idosos que, não tendo condições de relatarem as informações por si mesmos, necessitaram exclusivamente da obtenção das respostas através do informante. Ao final, 1.980 participantes foram os que preencheram os critérios necessários para o nosso estudo. A avaliação da dimensão de frequência religiosa foi investigada em uma sub-amostra (N=1.538).

**Figura 01** Subprefeitura do Butantã/SP

### III.1 Procedimentos de coleta de dados

O levantamento foi realizado ao longo de um período de dois anos, de maio de 2003 a abril de 2005. O recrutamento dos participantes e informantes entrevistados foi desenvolvido por um grupo de entrevistadores treinados para trabalhar na pesquisa. Foram entrevistados todos os participantes com mais de 65 anos de idade, na região demarcada, que concordaram em participar do estudo. Isto significou que, em casas com dois ou mais idosos, todos eles foram convidados a participar. As entrevistas com os participantes e informantes foram programadas para acontecer em suas casas, aproximadamente uma semana depois do recrutamento e, sempre que possível, era levado a cabo por dois entrevistadores diferentes, simultaneamente. Com relação aos participantes que apresentavam incapacidades mentais ou física, foram indagadas aos informantes informações relativas às versões apresentadas pelos idosos (SCAZUFCA, 2005; 2007).

### III.2 Variáveis e Medida de avaliação

**Variável Dependente:** prevalência de TMC foi avaliada através do SRQ (Self-report Psychiatric Screening Questionarie) (SCAZUFCA, et al., 2008a). Esse instrumento auto-aplicável foi planejado para triar transtornos mentais em serviços de atendimento primário como também para ser utilizado em grandes estudos epidemiológicos para



identificação de casos de depressão e ansiedade em adultos idosos. Foi desenvolvido a partir de instrumentos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde para estudo da morbidade psiquiátrica em atenção primária de países em desenvolvimento (MARI e WILLIAMS, 1986). Foi validado dentro da própria amostra do estudo (SCAZUFCA, et al., 2008a) (2.008 idosos com mais de 65 anos de baixa renda). Com base nesta validação, foi definido um ponto de corte de 5 pontos no SRQ ( $\geq 5$ =possível caso de TMC e  $< 5$ =possível não caso de TMC), com uma sensibilidade para TMC de 76,1% e uma especificidade de 74,6%. Os pacientes com pontuação acima desse limiar tem alta possibilidade de apresentarem morbidade psiquiátrica.

**Variáveis Independentes:** as três dimensões de religiosidade foram coletadas através das questões: (organizacional ou frequência religiosa) “o(a) Sr(a) participa de encontros religiosos? ( $\geq$  de 1 vez por semana; De 1 a 3 vezes por mês;  $<$  de 1 vez por mês; Nunca)”, as opções iniciais foram agrupadas nestas alternativas, e em anexo as opções originais; (subjativa) “o(a) Sr(a) se considera uma pessoa religiosa? (sim / não)” e, (filiação religiosa) “qual a sua religião atual?” Agrupadas em católico, evangélico pentecostal, evangélico histórico, budismo, ateu/agnóstico, outros. A listagem original encontra-se em anexo.

Os dados sobre suporte social foram obtidos através de entrevistas padronizadas. As questões de suporte social foram agrupadas em para melhor análise. Foi investigado a frequência de contato com parentes (diariamente e  $<$  1 vez por dia) e de amigos e vizinhos ( $\leq$  1 vez por mês e  $\geq$  2-3 vezes por semana), número de amigos e vizinhos próximos ( $\leq 2$  e  $> 2$ ), suporte oferecido: se o indivíduo cuida de mais alguém além dele mesmo (sim e não) e se já passou pela experiência de ser solicitado a dar conselhos (sim e não). Estas variáveis de suporte social foram testadas como mecanismos explicativos da associação. Em anexo as questões originais.

Foram obtidos através de questionário os dados sociodemográfico. Além do sexo, foram coletados e categorizados os dados sobre a idade. O estado civil ficou classificado em casados, viúvos, divorciados e solteiros. A escolaridade dos participantes foi dividida em nenhuma escolaridade, de 1 a 3 anos de estudo e 4 ou mais anos de estudo. Os resultados da renda familiar (indivíduos que moram na mesma residência) foram classificados em até R\$240,00, de R\$241,00 a R\$700,00 e mais de R\$701,00. Ao serem indagados, os participantes referiram-se como cor da pele (raça) nas categorias branca, negra, parda, amarela e indígena. As demais categorias auto-referidas de cor da pele foram classificadas como outras. Todos estes dados sociodemográficos foram utilizados como variáveis de controle nos modelos estatísticos.

Quadro 04 – Variáveis coletadas no estudo

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	CATEGORIAS
Sociodemográficas	Sexo	Masculino
		Feminino
	Idade	65-69
		70-74
		75-79
		Mais de 80
	Estado Civil	Casado
		Viúvo
		Divorciado
		Solteiro
	Raça	Branca
		Preta
		Parda
		Amarela
		Indígena
		Outra
	Escolaridade	Nenhuma
		1-3 anos de estudo
		4 ou mais anos de estudo
	Renda mensal	<ou= R\$240,00
		R\$240,00-R\$700,00
R\$701,00-R\$7.000,00		
Ocupação	Tempo Integral	
	Meio expediente	
	Desempregado	
	Dona de casa	
	Aposentado	
Indicadores de Saúde e Suporte Social	SRQ	< 5 (não caso de TMC)
		>ou= 5 (caso de TMC)
	Amigos próximos	<2
		>2
	Vizinhos próximos	<2
		>2
	Contato com amigos	<ou=1
		>1
	Contato com vizinhos	<ou=1
		>1
	Contato com parentes	<1x por dia
Diariamente		
Cuida de alguém	Não	
	Sim	
Solicitado a dar conselhos	Não	
	Sim	
Indicadores de Religiosidade	Frequência à serviços religiosos	≥ 1 vez por semana
		1-3 vezes por mês
		< 1 vez por mês
		Nunca
	Religiosidade Subjetiva	Se considera religioso
		Não se considera religioso
	Filiação	Católico
		Evangélico pentecostal
		Evangélico histórico
		Budismo
Ateu/Agnóstico		
Outros		

### **III.3 Assuntos éticos**

Foram recrutados os participantes com base na assinatura do termo de livre-consentimento. Participantes que apresentavam incapacidades mentais ou físicas foram recrutados através do informante que assinou o termo de livre-consentimento. Quando os participantes eram analfabetos, as informações do termo foram lidas e foram convidados a expressar verbalmente o seu consentimento que foi testemunhado. O protocolo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP Brasil) e pelo Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria-Reino Unido (Reino Unido).

O pesquisador não teve acesso direto aos sujeitos da pesquisa nem a dados que permitam a identificação dos participantes.

### **III.4 Análise Estatística**

Primeiramente foi realizada uma análise descritiva das características sociodemográficas, características de TMC, pontuação no SRQ, características das dimensões de religiosidade investigadas e de suporte social. Foi utilizada a regressão logística binomial para investigar a associação entre TMC e as três dimensões de religiosidade controlando para as variáveis sociodemográficas. Posteriormente os diferentes tipos de suporte social (contato com parentes, vizinhos e amigos e suporte oferecido) foram, primeiro, separadamente, depois em conjunto, incluídos no modelo para avaliar o seu efeito moderador na relação entre TMC e religiosidade. Também foi feita uma regressão logística binomial para investigar a associação entre as dimensões de religiosidade e de suporte social. O software utilizado foi o SPSS, versão 13.0, tendo sido calculado nas análises de regressões logísticas os valores de odds ratios (OR), intervalo de confiança (95%) para as associações de cada fator de exposição e TMC. Foi adotado um nível de significância de 5%. Foi também realizado um teste de tendência linear na avaliação da relação entre religiosidade organizacional e TMC.

## IV - RESULTADOS

### IV.1 - Dados descritivos

A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico da amostra estudada. A amostra foi composta predominantemente de mulheres (60,7%), de indivíduos de baixa renda (74,6% ≤ R\$700,00), baixa escolaridade (52,8% com 1 a 3 anos de escolaridade). 46,6% casados, 37,9% autoperceberam-se brancos. 71,5% possuem de 65 a 74 anos de idade.

**TABELA 1** Características sociodemográficas para os participantes do estudo (N=1.980)

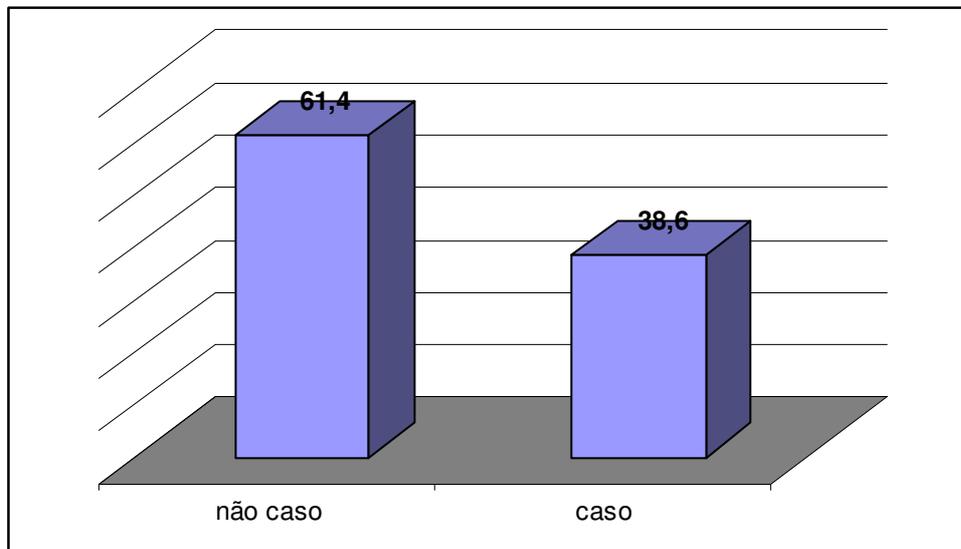
	% (N)		% TMC	p - Chi-quadrado
<b>Sexo</b>				
Feminino	60,7%	(1.202)	47,5%	< 0,000
<b>Idade/anos</b>				
65 a 69	44,1%	(873)	35,4%	0,011
70 a 74	27,4%	(542)	38,2%	
75 a 79	16,4%	(527)	42,8%	
mais de 80	12,4%	(238)	45,8%	
Média	71,9	(± 6)		
<b>Escolaridade</b>				
Nenhuma	37,5%	(743)	43,6%	< 0,0001
1 – 3 anos de estudo	52,8%	(1.046)	37,2%	
4 ou mais anos de estudo	9,6%	(191)	27,2%	
<b>Estado Civil</b>				
Casado	46,6%	(922)	33,1%	< 0,0001
Viúvo	34,8%	(689)	43,5%	
Divorciado	15,0%	(297)	45,4%	
Solteiro	3,6%	(72)	35,7%	
<b>Faixa de Renda</b>				
≤ R\$240,00	30,3%	(743)	46,9%	
R\$241,00 a R\$700,00	44,3%	(877)	48,5%	
R\$701,00 a R\$7.000,000	25,4%	(503)	24,7%	
<b>Raça</b>				
Branca	37,9%	(751)	38,6%	0,215
Negra	12,2%	(242)	34,4%	
Parda	17,4%	(345)	42,4%	
Amarela	2,6%	(52)	25,0%	
Indígena	0,6%	(11)	45,5%	
Outra	29,2%	(583)	39,3%	
<b>Ocupação</b>				
Tempo Integral	7,9%	(156)	19,2%	< 0,0001
Meio expediente	14,3%	(284)	28,3%	
Desempregado	1,2%	(24)	45,8%	
Dona de casa	24,4%	(484)	48,4%	
Aposentado	52,1%	(1032)	39,7%	

A tabela 2 apresenta as características de TMC e pontuação no SRQ. 61,4% apresentaram níveis menor ou igual a 04 não sendo considerados caso. 38,6% apresentou pontuação acima dos valores indicando presença de TMCs. Destes, 5,5% apresentam pontuação mais alta (de 13 a 20 pontos).

**TABELA 2** Características de TMC e pontuação no SRQ para os participantes do estudo (N=1.980)

	% (N)	
<b>TMC</b>		
Não caso $\leq 4$	61,4%	(1.212)
Caso $> 4$	38,6%	(763)
<b>Pontuação no SRQ</b>		
0 a 4 pontos	61,4%	(1.212)
5 a 8 pontos	22,6%	(445)
9 a 12 pontos	10,8%	(215)
13 a 16 pontos	4,4%	(84)
17 a 20 pontos	1,1%	(19)

**GRÁFICO 1** Características de TMC para os participantes do estudo (N=1.980)



A tabela 3 a amostra apresenta altos níveis de religiosidade (90,7%) consideraram-se religiosos, 41,2% possuem frequência religiosa de pelo menos 1 vez por semana. Apenas 0,6% se referiram como ateu/agnóstico sendo 66,6% católicos e 25,1% evangélicos pentecostais. Ao indagados se freqüentam algum outro culto, 4,3% relataram a freqüência em cultos espíritas.

**TABELA 3** Características de religiosidade subjetiva, organizacional e filiação religiosa para os participantes do estudo (N=1.980)

	% (N)	% TMC	p - Chi-quadrado
Religiosidade Subjetiva			
Se considera religioso	90,7% (1.784)	38,8%	0,657
Não se considera religioso	9,3% (191)	37,2%	
Missing Value	(15)		
Frequência Religiosa*			< 0,0001
≥ 1 vez por semana	41,2% (633)	37,0%	
1-3 vezes por mês	21,2% (326)	35,7%	
< 1 vez por mês	10,8% (166)	27,4%	
Nunca	26,8% (413)	46,6%	
Filiação Religiosa			0,017
Católico	66,6% (1.319)	36,8%	
Evangélico Pentecostal	25,1% (496)	31,8%	
Evangélico Histórico	2,2% (44)	45,2%	
Budismo	1,5% (29)	37,9%	
Ateu/Agnóstico	0,6% (11)	9,1%	
Outros	4,0% (81)	36,7%	
Outro culto			0,183
Espiritismo	4,3% (85)	36,5%	
Afro-brasileira	0,9% (17)	17,6%	
Outras	94,8% (1.878)	38,9%	

\* N = 1.538

A tabela 4 apresenta características do suporte social para os participantes do estudo. 80,8% receberam diariamente o apoio de parentes e 28,3% receberam diariamente o apoio de amigos. 84,1% não participam de atividades sociais em clubes ou em outras entidades sociais. 61,4% relataram não oferecer suporte social.

A prevalência de TMC entre os indivíduos que freqüentam alguma atividade religiosa (de qualquer nível) foi aproximadamente a metade (OR variando entre 0,43 e 0,55,  $p < 0,001$ ) daqueles que nunca freqüentam. Essa associação entre maior freqüência e menos TMC não sofreu alterações relevantes com a inclusão das variáveis de suporte social no modelo.

**TABELA 4** Características do Suporte Social para os participantes do estudo e sua associação com freqüência religiosa, controlando para sociodemográficos (N=1.980)

	% TMC	P Chi- quadrado	% (N)	Freqüência religiosa OR (IC 95%)			
				Nunca	<1X/ mês	1-3X/ mês	≥ 1 X/ semana
<b>Suporte de amigos</b>							
<i>Amigos próximos</i>							
≤ 2	38,3%	0,443	46,8% (530)	1	1,22 (0,72-2,05)	1,05 (0,69-1,60)	1,49 (1,04-2,14)
>2	36,0%		53,2% (603)				
<i>Contato</i>							
≤ 1 X/ mês	45,0%	0,001	26,4% (299)	1	0,81 (0,46-1,40)	1,52 (0,95-2,43)	<b>1,59 (1,06-2,37)</b>
≥ 2-3 X/ semana	34,3%		73,6% (834)				
<b>Suporte de vizinhos</b>							
<i>Contato</i>							
≤ 1 X/ semana	41,3%	0,014	50,0%	1	1,30 (0,90-1,89)	<b>1,56 (1,15-2,11)</b>	<b>1,84 (1,41-2,40)</b>
> 1 X/ semana	36,0%		50,0%				
<i>Vizinhos próximos</i>							
≤ 2	38,4%	0,791	54,7% (1.083)	1	1,30 (0,90-1,89)	<b>1,56 (1,15-2,11)</b>	<b>1,84 (1,41-2,40)</b>
> 2	39,0%		45,3% (897)				
<b>Contato com parentes</b>							
< 1 X/ dia	33,5%	0,023	19,1% (379)	1	0,82 (0,51-1,31)	0,69 (0,47-1,01)	0,89 (0,63-1,16)
Diariamente	39,8%		80,9% (1.601)				
<b>Suporte Oferecido</b>							
<i>Cuida de alguém</i>							
Não	37,9%	0,424	83,8% (1.290)	1	1,13 (0,64-2,00)	1,23 (0,79-1,92)	1,36 (0,92-2,00)
Sim	40,6%		16,2% (249)				
<i>Dar conselhos</i>							
Não	37,9%	0,709	61,4% (945)	1	0,95 (0,63-1,41)	1,23 (0,90-1,69)	<b>1,72 (1,31-2,26)</b>
Sim	38,9%		38,6% (594)				

## IV.2 Análises e Regressões

A tabela 5 apresenta os resultados da correlação entre TMC e indicadores de religiosidade, controlando para as variáveis sócio-demográficas. Filiação religiosa e considerar-se religioso não se associaram de forma estatisticamente significativa com presença de TMC.

**TABELA 5** Correlação entre presença de TMC (SRQ  $\geq$  5) e indicadores de religiosidade (N=1.980)

	OR (IC 95%)	<i>p</i>
Pessoa Religiosa		
Não	1	-
Sim	0,76 (0,55 – 1,06)	0,110
Filiação Religiosa		
Católico	1	-
Evangélico Pentecostal	1,22 (0,75 – 2,08)	0,611
Evangélico Histórico	0,83 (0,42 – 1,64)	0,348
Budismo	1,25 (0,75 – 2,08)	0,068
Ateu/Agnóstico	0,37 (0,04 – 2,94)	0,312
Outros	1,56 (0,61 – 4,01)	0,348
Outro culto		
Outras	1	-
Espiritismo	1,01 (0,62 – 1,62)	0,968
Afro-brasileira	0,32 (0,08 – 1,15)	0,082

*Controlado para as variáveis sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil e raça.*

A tabela 6 apresenta os resultados da associação entre TMC e religiosidade organizacional. A prevalência de TMC entre os indivíduos que freqüentam alguma atividade religiosa foi aproximadamente a metade (OR variando entre 0,43 e 0,55,  $p < 0,001$ ) daqueles que nunca freqüentam. A associação entre TMC e freqüência de atividade religiosa não se alterou com a inclusão das variáveis de suporte social no modelo estatístico.



TABELA 6 Correlação entre presença de TMC (SRQ  $\geq 5$ ) e Frequência Religiosa

	Modelo I*	Modelo II**	Modelo III*	Modelo IV	Modelo V*	Modelo VI**
<b>Frequência Religiosa</b>						
Nunca	1	1	1	1	1	1
< 1 x por mês	<b>0,43</b> (0,28-0,65)	<b>0,36</b> (0,19-0,65)	<b>0,43</b> (0,28-0,65)	<b>0,43</b> (0,28-0,65)	<b>0,43</b> (0,28-0,65)	<b>0,36</b> (0,19-0,66)
1-3 x por mês	<b>0,55</b> (0,40-0,76)	<b>0,60</b> (0,38-0,94)	<b>0,55</b> (0,40-0,77)	<b>0,55</b> (0,40-0,76)	<b>0,55</b> (0,39-0,76)	<b>0,60</b> (0,38-0,95)
$\geq 1$ x por semana	<b>0,52</b> (0,40-0,70)	<b>0,53</b> (0,35-0,77)	<b>0,53</b> (0,40-0,70)	<b>0,52</b> (0,40-0,69)	<b>0,52</b> (0,39-0,69)	<b>0,53</b> (0,36-0,78)
<b>Suporte de amigos</b>						
<i>Amigos próximos</i>		1				1
$\leq 2$		1,05 (0,77-1,42)				1,02 (0,75-1,39)
$> 2$		1				1
<i>Contato</i>		<b>0,60 (0,43-0,84)</b>				<b>0,62 (0,44-0,88)</b>
$\leq 1$ X/ mês						
$\geq 2-3$ X/ semana						
<b>Suporte de vizinhos</b>						
<i>Contato</i>			1			1
$\leq 1$ X/ semana			0,88 (0,69-1,11)			0,84 (0,60-1,18)
$> 1$ X/ semana						
<i>Vizinhos próximos</i>			1			1
$\leq 2$			1,02 (0,81-1,30)			1,14 (0,82-1,57)
$> 2$						
<b>Contato com parentes</b>						
$< 1$ X/ dia				1		1
Diariamente				1,08 (0,80-1,44)		0,96 (0,63-1,47)
<b>Suporte Oferecido</b>						
<i>Cuida de alguém</i>					1	1
Não					0,84 (0,62-1,15)	0,79 (0,53-1,17)
Sim						
<i>Dar conselhos</i>					1	1
Não					1,12 (0,89-1,42)	1,24 (0,91-1,70)
Sim						

MODELO I: Controlado para as variáveis sexo, idade, escolaridade, renda, estado civil e cor ou raça; MODELO II: Controlando para Suporte de Amigos e Sócio-demográficas; MODELO III: Controlando para Suporte de Vizinhos e Sócio-demográficas; MODELO IV: Controlando para Contato com Parentes e Sócio-demográficas; MODELO V: Controlando para Suporte Oferecido e Sócio-demográficas; MODELO VI: Controlando para todas as variáveis de Suporte Social e Sócio-demográficas;

\* N=1.534

\*\*N=864

## V - DISCUSSÃO

Neste estudo, que investigou o papel do suporte social na associação entre religiosidade e saúde mental em uma amostra de idosos de baixa renda, houve um alto nível de religiosidade identificado. Filiação religiosa e considerar-se religioso não estavam associados estatisticamente com prevalência de TMC, mas frequência religiosa apresentou forte associação.

O presente estudo tem como pontos positivos uma seleção amostral rigorosa e representativa da população alvo, utilização de indicador de TMC que foi validado dentro da própria amostra bem como a investigação de três das mais importantes dimensões de religiosidade que tem sido estudadas na literatura (KOENIG, et al., 2001). Além disso, este estudo colabora para expandir a base empírica dos estudos de religiosidade e saúde para fora do eixo Europa/América do Norte, especialmente em uma população vulnerável como os idosos de baixa renda em um país subdesenvolvido.

A filiação religiosa em nossa pesquisa não esteve associada aos TMCs. Há uma tendência nos estudos na última década em relatar que não há uma diferença marcante entre as filiações religiosas. Entretanto, no Brasil, Dalgarrondo (2008) tem encontrado diferenças entre as filiações religiosas em relação à saúde mental. O que não foi por nós replicado. Um fator explicativo para nossos resultados pode ser a baixa variabilidade religiosa da amostra onde apenas católicos e protestantes apresentaram um número razoável de sujeitos. Outro possível fator explicativo pode ser a chamada “porosidade religiosa” (SANCHIS, 2003), onde ocorre um imenso trânsito do indivíduo entre as religiões. Esta característica dificulta a análise de uma estratificação em categorias de religião.

Pargament (1997) esclarece que para muitas pessoas, a religião fornece motivações e metas primordiais para a vida, bem como orientações para alcançar estes objetivos. Além disso, alguns aspectos da religiosidade, parece ser positivamente associada com um senso de significado na vida (ARDELT, 2003). Sistemas de significados religiosos podem, assim, fornecer um quadro global para melhor percepção, compreensão e avaliação das suas experiências bem como melhor organização e direção do seu comportamento. Alguns resultados apontam mais claramente uma associação direta entre a religiosidade subjetiva (considerar-se religioso) e satisfação conjugal, e inversa com depressão, uso de álcool, uso de drogas e tabagismo (LAWLER-ROW, et al., 2008; KERR-CORRÊA, et al., 2002; TAVARES, et al., 2004). Em nossos resultados, a religiosidade subjetiva não se apresentou

estatisticamente associada com prevalência de TMCs. Alguns fatores que poderiam explicar este resultado seriam que a variável religiosidade subjetiva permitia apenas respostas dicotomizadas (sim ou não) e quase todos os entrevistados responderam sim. Desta forma, o grupo que se considerou religioso provavelmente incluiu tantos os com maior quanto os com menor religiosidade. Essas limitações podem ter colaborado para diminuir o poder estatístico para detectar uma associação caso ela existisse. Cabe em pesquisas futuras disponibilizar maior leque de respostas para os indicadores de religiosidade subjetiva.

A amostra estudada apresentou altos níveis de religiosidade em suas três dimensões. Isso já era um resultado esperado visto o alto grau de religiosidade no Brasil, especificamente na população de mais idade (DALGALARRONDO, 2008). Estes dados, conforme estudos internacionais indicam que maiores níveis de saúde mental e física estiveram associadas com indivíduos que freqüentam uma religião (GEORGE, et al., 2002; ELLISON, et al., 1998). Essa associação também mostrou-se verdadeira em nossa amostra de idosos de baixa renda no Brasil, onde houve uma associação inversa robusta entre a freqüência religiosa e TMCs (OR variando entre 0,43 e 0,55). Há uma possibilidade de que níveis menores de freqüência religiosa estejam associados a menor prevalência de TMC devido ao fato de pessoas mais doentes e mais deprimidas não conseguirem freqüentar alguma atividade religiosa. Contudo, um estudo prospectivo encontrou que a incapacidade física apresentou pouco impacto na freqüência a serviços religiosos (IDLER, et al., 1997). Por outro lado, no mesmo estudo, o envolvimento religioso, prospectivamente, se associou a melhores níveis de saúde mental e menor declínio funcional (IDLER, et al., 1997). Bradley, et al., (1998), ao investigar a relação da religiosidade com a longevidade, nos mostra que a participação em serviços religiosos constitui um complexo que inclui diferentes atitudes, crenças e comportamentos, e que qualquer um dos fatores poderiam explicar esta relação. Idler, et al., (1997) complementa alegando a necessidade de melhor compreensão da natureza dos serviços religiosos e as dimensões psicológicas de suas atividades, bem como a dificuldade em trabalhar com um indicador único desta partição nos serviços religiosos. Ness, et al., (2002) acrescentam que para o idoso, a relação da religiosidade com o apoio social pode ser justificada pelo maior tempo disponível para essas atividades e uma necessidade de atividades religiosas como formas de socialização. Além disso, a religião pode promover um espaço acolhedor e de confiança interpessoal tornando-se mais fácil para os seus membros alcançar um ao outro durante os momentos difíceis (KRAUSE, 2006).

As pesquisas que buscam investigar os mecanismos pelos quais o indivíduo enfrenta situações estressantes indicam que as pessoas que mantém fortes vínculos com os

outros tendem a desfrutar de melhores níveis de saúde física e mental do que os indivíduos que não estão bem integrados em uma rede de suporte social (SPINALE, et al., 2008; GOLDMAN, et al., 1995; COHEN, 2004). Para Ramos (2002), a deterioração da saúde pode ser causada não somente por um processo biológico, mas também por uma falta ou baixa qualidade das relações sociais, sendo necessário levar em conta o caráter destas interações. A capacidade e a possibilidade de ajudar, de participar como sujeito ativo nas interações podem promover resultados positivos na saúde, complementa Ramos (2002), principalmente na saúde mental das pessoas idosas. A reciprocidade é um aspecto particularmente importante, na medida em que os problemas de saúde e um decréscimo da renda, que normalmente acompanham a velhice, tendem a aumentar a dependência e a reduzir a capacidade de retribuir o suporte fornecido por outras pessoas. Krause (2001) nos mostra que o apoio de outros indivíduos tem se tornado uma ajuda significativa para os idosos em lidar de forma mais eficaz com os efeitos negativos do estresse. No presente estudo, a frequência a serviços religiosos se associou a várias medidas de suporte social. Dado o caráter transversal da investigação, não é possível estabelecer a direção da associação. Maiores níveis de religiosidade organizacional podem ser apenas um marcador de um comportamento mais pró-social, mas, por outro lado, podem também estimular uma maior inserção social. Uma limitação de nossas medidas de suporte social foi a avaliação apenas de suporte social em geral, sem investigar o suporte especificamente ligado ao contexto religioso. Ellison, et al., (1994) relatam que as relações sociais religiosas possuem características específicas, diferentes das relações sociais secularizadas pois apresentam crenças e valores compartilhados que sugerem maior apoio e prestação de cuidado entre seus membros. O envolvimento religioso pode promover certos comportamentos ou atitudes que aumentam a felicidade, satisfação e bem-estar geral. Estas associações entre envolvimento religioso e comportamentos e atitudes possibilitam uma explicação de como a religião realiza este fim. A consciência destas relações pode melhorar os cuidados médicos para com os idosos.

Contudo, na nossa amostra as dimensões por nós investigadas de suporte social, embora na sua maior parte se associem com religiosidade organizacional, não parecem ser mediadores nessa amostra, posto que, a inclusão no modelo não alterou os resultados significativamente. Musick, et al., (2004) examinaram o efeito da participação em serviços religiosos sobre a mortalidade e após o controle de uma série de fatores, incluindo apoio social. Este impacto dos serviços religiosos na mortalidade permaneceu sem relativas alterações após a inclusão das variáveis mediadoras. Estudos sobre a religiosidade e a relação com bem-estar psicológico e mortalidade tem demonstrado que a inclusão de variáveis de

apoio social no modelo diminui significativamente a força desta associação, indicando que o apoio social pode ser um importante mediador entre religiosidade e saúde (GEORGE, et al., 2002; SPINALE, et al., 2008; McCULLOUGH, et al., 2000). Koenig, et al., (1997) examinando o apoio social e a saúde física como possíveis mediadores entre a religiosidade e sintomas depressivos, relataram que frequência religiosa esteve negativamente associada com sintomas depressivos e positivamente associada com saúde física. No entanto, a saúde física, mas não o suporte social, se apresentou como um mediador da relação entre religião e sintomas depressivos. Em um estudo que investigou a associação entre religiosidade e saúde mental, avaliando o suporte social enquanto possível mediador dessa relação em indivíduos brancos e indivíduos negros, sugere que para negros as redes sociais possuem maior importância e impacto na saúde mental e que o impacto da frequência religiosa estaria sendo mediada por este apoio social. O mesmo resultado não foi encontrado na relação entre os indivíduos brancos (FERRARO, et al., 1994).

Um outro aspecto que merece destaque é que os estudos tem se concentrado no apoio recebido, contudo, prestar assistência pode ter mais consequências positivas do que receber apoio (PARK, 2007). Ao identificar o efeito mediador do apoio social na relação inversa entre frequência religiosa e mortalidade em idosos, Krause (2006) buscando identificar as causas da inconsistência entre seus resultados e os dos dados nas diversas pesquisas em que o apoio social não apresentou um efeito mediador, relatou que os pesquisadores tem normalmente utilizado medidas que avaliam o apoio social de uma pessoa na totalidade de suas redes sociais, tanto dentro quanto fora das instituições religiosas. Além disso, a natureza dos modelos que foram testados pelos pesquisadores para avaliar o apoio social não considerou os efeitos adicionais do estresse, pois o efeito potencialmente benéfico do apoio social pode só se tornar evidente sob situações de estresse. Por último, os estudos anteriores avaliaram unicamente o apoio recebido. Para Krause(2006), existe uma diferença entre o apoio recebido e apoio oferecido, indicando que existe uma maior força na associação entre apoio oferecido e saúde mental e física do que no apoio recebido. Ajudar outras pessoas aumenta a auto-estima do indivíduo que oferece o suporte, auxilia na resolução ou superação de seus próprios problemas com similares esforços vivenciados pelo sujeito que recebeu o suporte (KRAUSE, 2006).

O cuidado obtido nesta pesquisa e necessário em pesquisas futuras requer identificar cada vez mais possíveis dimensões de apoio social<sup>7</sup> diferenciando a integração social (tempo gasto com o apoio a membros da mesma rede), o apoio instrumental (a importância da tarefa desempenhada) e o apoio social subjetivo (qualidade do suporte social),

bem como separando o suporte recebido para melhor entendimento da relação do suporte social como possível mediador entre a religiosidade e a saúde mental.

O caráter transversal desse estudo limitou a inferência causal de que a maior frequência religiosa determinou menos prevalência de TMCs. Embora outros estudos longitudinais dêem suporte a esta hipótese. Embora a frequência a serviços religiosos tenha se associado a melhor saúde mental, faz-se necessário uma maior exploração dos mecanismos mediadores. Nossa hipótese inicial de que o suporte social mediasse pelo menos parte desta associação não foi confirmada.

## CONCLUSÃO

Foi possível identificar um alto nível de religiosidade na amostra e um forte impacto da frequência religiosa na prevalência de TMCs por uma outra via que não o mero incremento do suporte social. A filiação religiosa e o considerar-se religioso não apresentaram associação significativa com TMC.

Perceber a religiosidade enquanto variável que interfere na saúde mental do indivíduo é primeiramente mudar a relação muitas vezes estabelecida entre os pesquisadores e profissionais de saúde com as comunidades religiosas. Da mesma forma que os profissionais de saúde mental não têm valorizado o papel da religião nas vidas dos indivíduos, as comunidades religiosas também têm frequentemente desenvolvido atitudes negativas com relação aos profissionais da saúde mental, sendo, normalmente, vistos como inúteis ou ameaçadores de convicções e crenças religiosas.

Portanto, dada a importância da religiosidade e suas conseqüências no campo da saúde mental, suas relações e implicações na saúde pública, percebe-se a importância da geração de conhecimento científico sobre a ocorrência e o perfil religioso e seu impacto na vida dos indivíduos com mais de 65 anos de idade, bem como uma melhor exploração do papel do suporte social no impacto da religiosidade na saúde. Ressalta-se, ainda, a carência de dados latino-americanos sobre a relação da religiosidade e a saúde mental em idosos, constituindo-se um grande e inexplorado campo de estudo e pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.A. **Fenomenologia das Experiências Mediúnicas, Perfil e Psicopatologia de Médiuns e Espíritas**. Universidade de São Paulo, SP. 2004

ALMEIDA, O.P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 21, vol. 1, 12-18. 1999

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E.; FERNANDES, F., ANDREOLI, S.B. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatry** 171:524-9. 1997

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4<sup>a</sup> ed., Porto Alegre: Artmed. 1994

ANAYA, C.J. Religion and health. **Mayo Clin Proc**. n. 77:600-301, 2002

ANDRADE, L.H.S.G.; LÓLIO, C.A.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**; 26(5). 1999

ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3, 1-15.

ARANDA, M.P. "Relationship between religious involvement and psychological well-being: a social justice perspective." **Health Soc Work** 33(1): 9-21. 2008

ARDELT, M. Effects of religion and purpose in life on elders subjective well-being and attitudes toward death. **Journal of Religious Gerontology**, 14, 55-77. 2003

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997

BERKMAN, L.F. Assessing the physical health effects of social networks and social support. **Annual Review of Public Health**, 5, 413-432. 1984

BERRY, D. Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. **J Psychiatr Nurs Res**. n. 8, vol. 1:875-890, 2002

BHAGWANJEE, A.; PAREKH, A.; PARUK, Z.; PETERSEN, I.; SUBEDAR, H. Prevalence of minor psychiatric disorders in an adult African rural community in South Africa. **Psychol Med** 28:1137-47. 1998

BIENENFELD, D.; KOENIG, H.D. Psychosocial predictors of mental health in a population of elderly women. Test of an explanatory model. **Am J Geriatr Psychiatry** 5(1): 43-53. 1997



BOEY, K.W. Religiosity and psychological well-being of older women in Hong Kong. **J Psychiatr Nurs Res**, 8(2): 921-35. 2003

BOTELHO, J.B. **Medicina e religião: conflito de competências**. Manaus: Metro Cúbico. 1991

BRADLEY, W.J.; SCHAEFER, K.C. The uses and misuses of data and models: **The mathematization of the human sciences**. Thousand Oaks, CA: Sage. 1998

BROADHEAD, W.; KAPLAN, B.; JAMES, S.; WAGNER, E.; SCHOENBACH, V.; GRIMSON, R.; HEYDEN, S.; TIBBLIN, G.; GEHLBACH, S. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. **American Journal of Epidemiology**, 117(5), 521-537. 1983

BYRNE, G. What happens to anxiety disorders in later life? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(1), 74-80. 2002

CARNEIRO, R.S.; FALCONE, E.J.M.O. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. **Psicologia em Estudo**. Maringá. V. 9, n. 1. P. 119-126, 2004

CASSELL J. Psychosocial processes and "stress": theoretical formulation. **Int J Health Serv** 4:471-82. 1974

CHAIMOWICZ, F. Health of Brazilian elderly just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. **Rev Saude Publica** n. 31, vol. 2: 184-200. 1997

CHANG, B.H.; SKINNER, K.M. Religion and mental health among women veterans with sexual assault experience. **Int J Psychiatry Med** 31(1): 77-95. 2001

\_\_\_\_\_ The relationship between sexual assault, religiosity, and mental health among male veterans. **Int J Psychiatry Med** 33(3): 223-39. 2003

CHATTERS, L. Religion and health: public health research and practice. **Annual Review of Public Health**, 21, 335-367. 2000

CHEN, H.; CHEAL, K. Religious participation as a predictor of mental health status and treatment outcomes in older persons. **Int J Geriatr Psychiatry** 22(2): 144-53. 2007

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38 (5), 300-314. 1976

COES, M.C.R. Ansiedade: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 7(2), 137-147. 1991

COHEN, S. Social relationships and health. **American psychologist**, nov., 59 (8), 676-684 2004

COHEN, S.; HOBBERMAN, H.M. Positive events and social supports as buffers of life change stress. **Journal of Applied Social Psychology**, 13 (2), 99-125. 1983

COHEN, S.; WILLS, T.A., Social Support, and the Buffering Hypothesis. **Psychol Bull**; 98(2):310-57. 1985

COSTA, E.F.A.; PORTO, C.C.; SOARES, A.T. - Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG**, Vol. 5, No. 2, dez 2003

COUTINHO, E.S.F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiquiátrica** 26(5). 1999

COWAN, J.D., BURNS, D., PALMER, T.W., SCOTT, J., FEEBACK, E. A palliative medicine program in a community setting: 12 points from the first 12 months. **Am J Hosp Palliat Care**. n. 20, vol. 6:415-433, 2003

CRAMER, D.; HENDERSON, S.; SCOTT, R. Mental health and desired social support: A four-wave panel study. **Journal of Social and Personal Relationships**, 14 (6), 761-775. 1997

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000

\_\_\_\_\_ Brazilian studies on religion and mental health: history and current perspectives. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n. 34, suplemento 1: 25-33, 2007

\_\_\_\_\_ **Religião, psicopatologia e saúde mental**, Artmed, 2008

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V.; DANTAS, S.M.M.; LIMA, V.M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 12(3), 518-524. 2004

DEBERT, G.G. **As representações sociais (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual**. Em Ministério da Previdência e Assistência Social (Org.), Anais do I Seminário Internacional. Envelhecimento populacional: uma agenda para final de século. Brasília, DF. 1996

DUNST, C.; TRIVETTE, C. Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), **Handbook of early childhood intervention** (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press. 1990

ELLISON, C.G. Religious involvement and subjective well-being. **Journal for Health and Social Behavior**, 32, 80-99. 1991

\_\_\_\_\_ Religion, the life stress paradigm, and the study of depression. Em J. S. Levin (Org.), **Religion in aging and health** (pp. 78-121). Thousand Oaks, CA: Sage. 1994a

\_\_\_\_\_ Race, religious involvement and depressive symptomatology in a southeastern U.S. community. **Soc Sci Med** 40(11): 1561-72. 1995

ELLISON, C.G.; GEORGE, L.K. Religious involvement, social ties, and social support in a southeastern community. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 33, 46-61. 1994b

ELLISON, C.G.; LEVIN, J.S. The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. **Health Education and Behavior** , 25, 700-720. 1998

FERRARO, K.F.; KOCH, J.R. Religion and health among black and white adults: Examining social support and consolation. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 33, 362-375. 1994

FLECK, M.P.A.; LIMA, A.F.B.S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, G.; HENRIQUES, A.; BORGES, V.R.; CAMEY, S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, 36(4), 431-438. 2002

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S.; GRUEN, R.J.; DE LONGIS, A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, 50, 571-579. 1986

FRANZINI, L.; RIBBLE, J.C. Religion, sociodemographic and personal characteristics, and self-reported health in whites, blacks, and Hispanics living in low-socioeconomic status neighborhoods. **Ethn Dis** 15(3): 469-84. 2005

GANSTER, D.C.; FUSILIER, M.R.; MAYES, B. Role of social support in the experience of stress at work. **Journal of Applied Psychology**, 71(1), 102-110. 1986

GARBIN, T.R.; MONTEWKA, A. **Análise de condições ambientais: um estudo sobre variáveis que facilitam a autonomia do idoso institucionalizado**. Em Livro de resumos IX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. (pp. 13-14). Campinas. 2000

GARRISON, M.E.; MARKS, L.D. Religious beliefs, faith community involvement and depression: a study of rural, low-income mothers. **Women Health** 40(3): 51-62. 2004

GAUTAM, R.; SAITO, T. Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. **BMC Public Health** 7(147): 299. 2007

GAZALLE, F.K., HALLAL, P.C., LIMA, M.S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26(3), 145-149. 2004a

GEORGE, L.K., ELLISON, C.G., LARSON, D.B. Explaining the relationships between religious involvement and health. **Psychological Inquiry**, vol. 13, n. 03, 190-200, 2002

GESLER, W., ARCURY, T.A., KOENIG, H.G. An introduction to three studies of rural elderly people: effects of religion and culture on health. **J Cross Cult Gerontol** n. 15, vol. 1: 1-12. 2000

GOLDBERG, D.; HUXLEY P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.

GOLDMAN, N., KORENMAN, S., WEISNTEIN, R. Marital status and health among the elderly. **Sci. Med.** Vol. 40, No. 12, pp. 1717-1730, 1995

GOLDSTEIN, L.L. A Produção Científica Brasileira na Área da Gerontologia: (1975-1999). **Revista On-line Biblioteca Prof. Joel Martins**. v. 1, nº 1, p. 1-14, out. 1999.

GRAHAM-BERMANN, S.A., DEVOE, E.R. Ecological predictors of traumatic stress symptoms in caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. **Violence Against Women** 12(7): 663-92. 2006

GREEN, M., ELLIOTT, M. Religion, health and psychological well-being. **Journal Religio health**, mar, 13, 2009

GUIMARÃES, H.P., AVEZUM, A. Impacto f spirituality on physical health. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n. 34, suplemento 1: 88-94, 2007

HANLEY, J. The emotional wellbeing of Bangladeshi mothers during the postnatal period. **Community Pract** 80(5): 34-7. 2007

HARRISON, M.O., KOENIG, H.G., HAYS, J.C., EME-AKWARI, A.G., PARGAMENT, K.I. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. **International Review of Psychiatry**, 13, 86-93. 2001

HECKHAUSEN, J.; BALTES, P.B Perceived controllability of expected psychological change across adulthood and old age. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences** 46, 165-173. 1991

HECKHAUSEN, J., DIXON, R.A., BALTES, P.B. Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult groups. **Development Psychology**, 25, 109-121. 1989

HEITZMANN, C.A., KAPLAN, R.M. Assessment of methods for measuring social support. **Health Psychology**, 7 (1),75-109. 1988

HILL, P.C., PARGAMENT, K.I., WOOD, R. W.JR., MCCULLOUGH, M.E., SWYERS, J.P. Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. **Journal of Theory of Society of Behaviorism**, 30, 51-77. 2000

HOHAUS, L., BERAH, E. Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering mid-life/mid-career. **Psychology and Health**, 11,715-731. 1996

HOLTZ, T.H. Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. **J Nerv Ment Dis** 186(1): 24-34. 1998

HOUSE, J.S., LANDIS, K.R., UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**, 241, 540-545. 1988

IDLER, E.L., KASI, S.V. Religion among disabled and nondisabled persons II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci** n. 52, vol. 6: S306-16. 1997

JACKSON, M.; FULFORD, K.W.M. Spiritual experience and psychopatology. **Phylosophy, Psychiatry, and Psychology**, 4, 42-65. 1997

JANG, Y., BORENSTEIN, A.R. Depressive symptoms among African American and white older adults." **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci** 60(6): P313-P319. 2005

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. Editorial. **Caderno de Saúde Pública**. RJ. n. 3, vol. 3:217-220, 1987

KERR-CORRÊA, F.; SIMÃO, M. O.; DALBEN, I. Possíveis fatores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da UNESP. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v. 3, n. 1, p. 32-41, 2002

KOENIG, H.G. Case discussion – religion and coping with natural disaster. **South Med Journal**. sep;100(9):954. 2007b

\_\_\_\_\_ Religion, spirituality and psychotic disorders. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n. 34, suplemento 1: 95-104, 2007a

KOENIG, H.G., BEARON, L.B., HOVER, M., TRAVIS, J.L. Religious perspectives of doctors, nurses, patients, and families. **J. Pastoral Care**. 45:254-267, 1991

KOENIG, H.G., GEORGE, L.K., Religion, spirituality, and acute care hospitalization and long-term care use by older patients, **Arch intern Med** 164(14): 1579-85. 2004a

KOENIG, H.G., GEORGE, L.K., TITUS, P., Religion, Spirituality, and Health in Medically Ill Hospitalized Older Patients. **American geriatrics Society**. JAGS 52:554–562, 2004b

KOENIG, H.G., McCULLOUGH, M., LARSON, D.B., **Handbook of religion and health: a century of research reviewed**. New York: Oxford University Press; 2001.

KOENIG, H.G., PARGAMENT, K.L., NIELSEN, J. Religious coping and health status in medical ill hospitalized older adults. **J Nerv Ment Dis**. 186(9):513-521, 1998

KOENIG, H.G., HAYS, J.C., GEORGE, L.K., BLAZER, D.G., LARSON, D.B., LANDERMAN, L.R. Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, 5, 131–144. 1997

KRAUSE, N. Church-Based Social Support and Mortality. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. **The Gerontological Society of America**. Vol. 61B, No. 3, S140–S146, 2006b

\_\_\_\_\_ Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, vol. 61b, n. 1, 535-543, 2006a

\_\_\_\_\_ Social support. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), **Handbook of aging and the social sciences** (5th ed., pp. 272–294). San Diego, CA: Academic Press. 2001

\_\_\_\_\_ Religion, Aging, and Health: Exploring New Frontiers in Medical Care Neal Krause. **Southern Medical Journal**. Volume 97, Number 12, December 2004b

- KRAUSE, N.; WULFF, K.M. Religious doubt and health: exploring the potencial dark side of religion. **Sociology of Religion**, v. 65, n. 1, p. 35-56. 2004a
- LARSON, D.B., KOENIG, H.G. Is God good for your health? The role of spirituality in medical care. **Cleve Clin J Med**. n. 67. Vol. 2:80,83-84, 2000
- LAUDER, W., MUMMERY, K. Social capital, age and religiosity in people who are lonely. **J Clin Nurs** 15(3): 334-40. 2006
- LAWLER-ROW, K.A., ELLIOTT, J. The role of religious activity and spirituality in the health and well-being of older adults. **Journal Health Psychologi**. Jan, 14(1):43-52. 2009
- LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. **Stringer Publishing Company**, New York, 1984
- LIMA, M.S., BÉRIA, J.U., TOMASI, E., CONCEIÇÃO, A.T., MARI, J.J. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Int J Psychiatry Med**; 26:211-22. 1996
- LIMA, M.S., SOARES, B.G.O., MARI, J.J. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. **Rev Psiq Clín** 26(5). 1999
- LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. **Bras Psiquiatr**; 21 Suppl 1:1-5. 1999
- LUDERMIR, A.B., LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 38:485-9. 2003
- LUDERMIR, A.B., MELO-FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev Saúde Pública**; 36:213-21. 2002
- LUKOFF, D. Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 180, 673-682. 1992
- MAIA, L.C., DURANTE, A.M.G., RAMOS, L.R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, 38(5), 650-656. 2004
- MARAGNO, L., GOLDBAUM, M., GIANINI, R.J., NOVAES, H.M.D., CÉSAR, C.L.G. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, ago, 2006
- MARI, J.J, JORGE, M.R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. **Psychiatry On-line Brazil**, 1997
- MARI, J.J.; WILLIAMS, P.A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the City of São Paulo – **British Journal of Psychiatry**. 118:23-6, 1986.

MAZO, G.Z., GIODA, F.R., SCHWERTNER, D.S., GALLI, V.L.B., GUIMARÃES, A.C.A., SIMAS, J.P.N. Depression tendency in physically active senior citizens. **Revista Brasileira Desenvolvimento Humano**. 7(1):45-49, 2005

McCULLOUGH, M.E., LARSON, D.B., WILLIAM, T.H., KOENIG, H.G., THORESEN, C. Religious Involvement and Mortality: A Meta-Analytic Review. **Health Psychology**, vol. 19. n. 3, 211-222. 2000

MEDRADO, B.D. **Caindo prá idade: "A vivência da velhice em um contexto rural nordestino**. Dissertação de mestrado não-publicada. Curso de Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE. 1994

MENENDEZ, A.M., MOLLOY, J. Health responses of New York City firefighter spouses and their families post-September 11, 2001 terrorist attacks. **Issues Ment Health Nurs** 27(8): 905-17. 2006

MENEZES, P.R. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, organizadores. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 43-55. 1996

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the innercity elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. **Health Educ Q** 12:303-14. 1985

MITCHELL, M.D., HARGROVE, G.L. Coping variables that mediate the relation between intimate partner violence and mental health outcomes among low-income, African American women. **J Clin Psychol** 62(12): 1503-20. 2006

MOHR, W.K. Spiritual issues in psychiatric care. **Perspect Psychiatr Care** 42(3): 174-83. 2006

MOREIRA, M.M. **Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais**. [www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-5.doc](http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-5.doc), 2001

MOREIRA-ALMEIDA, A., KOENIG, H.G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). **Soc Sci Med** 63(4): 843-5. 2006c

MOREIRA-ALMEIDA, A., LOTUFO NETO, F., KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 28, nº 3, p. 242-250. 2006b

MOREIRA-ALMEIDA, A., SCAZUFCA, M., MENEZES, P., ZANINI, A., KOENIG, H.G., VALLADA, H. Religiosidade e características sócio-demográfica de idosos de baixa renda em São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 28, suplemento especial, S51, 2006a

MOSCOVICI, S. On social representations. Em J.P. Forgas (Org.), **Social cognition. Perspectives on everyday understanding** (pp.181-209). New York: Academic Press. 1981

MUSICK, M.A., HOUSE, J.S., WILLIAMS, D.R. Attendance at religious services and mortality in a national sample. **Journal of Health and Social Behavior**, 45, 198-213. 2004

- NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus. 1993
- NESS, P.H.V., LARSON, D.B., Religion, Senescence, and Mental Health The End of Life Is Not the End of Hope. **Am Journal Geriatr Psychiatry** 10:4, July-August, 2002
- OLSTAD, R., SEXTON, H., SOGAARD, A.J. The Finnmark study: social support, social network and mental distress in a prospective population study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 34: 519-25. 1999
- PAIXÃO JR, C.M., REICHENHEIM, M.F. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. **Caderno de Saúde Pública**. RJ. n. 21, vol. 1: 7-19, 2005
- PANZINI, R.G., BANDEIRA, D.R. Spiritual / religious coping. **Revista de Psiquiatria Clínica**. n. 34, suplemento 1: 126-135, 2007b
- PANZINI, R.G., ROCHA, N.S., BANDEIRA, D.R., FLECK, M.P.A. Quality of life and spirituality. **Revista de Psiquiatria Clínica**, nº 34, suplemento 1: 105-115, 2007a
- PARDINI, D. A., PLANTE, T.G. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: determining the mental health benefits. **J Subst Abuse Treat** 19(4): 347-54. 2000
- PARGAMENT, K. I., PARK, C.L. Merely a defense? The variety of religious means and ends. **Journal of Social Issues**, 51, 13-32. 1995
- PARGAMENT, K.I., KENNEL, J., HATHAWAY, W., GREVENGOED, N., NEWMAN, J., JONES, W. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 27, 90-104. 1988
- PARGAMENT, K.I., KOENIG, H.G., PEREZ, L.M. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, 56, 519-543. 2000
- PARGAMENT, K.I., SMITH, B.W., KOENIG, H.G., PEREZ, L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 1, 710-724. 1998
- PARGAMENT, K.I., TARAKESHWAR, N., ELLISON, C.G., WULFF, K.M. Religious coping among the religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 40, 491-513. 2001
- PARGAMENT, K.I. God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. **Research in the Social Scientific Study of Religion**, 2, 195-224. 1990
- \_\_\_\_\_ Religious/spiritual coping. Em Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group (Orgs.), **Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research** (pp. 43-56). Kalamazoo, MI: Fetzer Institute. 1999



\_\_\_\_\_ **The psychology of religion and coping: theory, research, practice.** Guilford Press, New York, 548p, 1997

PARK, C.L. Religiousness/spirituality and health: a meaning systems perspective. **J Behav Med.** 2007

PATEL, V., ARAYA, R., LIMA, M., LUDERMIR, A., TODD, C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Soc Sci Med**; 49:1461-71. 1999

PERES, J.F.P., SIMÃO, M. J.P., NASELLO, A.G. Spirituality, religiousness and psychotherapy. **Revista de Psiquiatria Clínica.** n. 34, suplemento 1: 136-145, 2007

PICCOLOTO, N., WAINER, R., BENVENEGÚ, L., JURUENA, M. Revisão comparativa entre os transtornos do humor. **Revista de Psiquiatria Clínica,** 27(2). 2001

POLLNER, M. Divine relations, social relations, and well-being. **Journal for Health and Social Behavior,** 30, 92-104. 1989

PONTE, A.C., PAIS-RIBEIRO, J. Estudo preliminar das propriedades métricas do suporte social. Actas do **7º congresso nacional de psicologia da saúde** (pp. 53-56 ).Lisboa: ISPA 2008

QUILL, T.E., BYOCK, IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. **Ann Intern Med.** n. 7, vol. 132:408-414, 2000

RAMOS, L.R. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, 21:211-24, 1987.

RAMOS, M.P.P. Apoio Social e Saúde Entre Idosos. **Sociologias,** Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun, p. 156-175, 2002

REGIER, D.A., BOYD, J.H., BURKE, J.D., RAE, D.S., MYERS, J.M., KRAMMER, M., ROBINS, L.K., GEORGE, M.K., LOCKE, B.Z. One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchments area sites. **Arch Gen Psychiatry,** 45, 977-986. 1988

RODIN, J., SALOVEY, P. Health psychology. **Annual Review of Psychology,** 40, 533-579. 1989

SANCHIS, P. A religião dos brasileiros. **Teoria e Sociedade,** nº especial, p. 16-49. 2003

SANTOS, M.E.S.B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retro-virais no Estado de São Paulo, Brasil** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SANTOS, M.F.S. **Identidade e aposentadoria.** São Paulo: Pedagógica e Universitária. 1990

SARASON, I.G., LEVINE, H.M., BASHAM, R.B., SARASON, B.R. **Assessing social support,** 1983

SARASON, I.G., SARASON, B., POTTER III, E., ANTONI, M. Life events, social support, and illness. **Psychosomatic Medicine**,47(2), 156-163. 1985

SCAZUFCA, M. , MENEZES, P., VALLADA, ARAYA, R. Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults: results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2008a

SCAZUFCA, M. , MENEZES, P., VALLADA, H., CREPALDI, A., PASTOR-VALERO, M., COUTINHO, L.M.S., RIENZO, V.D., ALMEIDA, O.P. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. **International Psychogeriatrics**: page 1 of 13\_C 2007

SCAZUFCA, M., Association of cardiovascular conditions and risk factors to the prevalence of dementia in an elderly low income population of São Paulo: the São Paulo health and ageing study. **Project report submitted for the degree of Master in Epidemiology London School of Hygiene and Tropical Medicine**, 2005

SCAZUFCA, M., MENEZES, P., ARAYA, R., RIENZO, V.D., ALMEIDA, O.P., GUNNELL, DE., LAWLOR, D. A. Risk factors across the life course and dementia in a Brazilian population: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH), Brazil. **International Journal of Epidemiology**, 37:879-890, 2008c

SCAZUFCA, M; CINTIA A.F. Sao Paulo portraits: ageing in a large metropolis. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, p. 721-723, 2008b

SCHWARTZ, C., MEISENHELDER, J.B. Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health. **Psychosom Med** 65(5): 778-85. 2003

SCHWARZER, R., LEPPIN, A. Social support and health: A meta-analysis. **Psychology and Health**,3(1),1-15. 1989

\_\_\_\_\_ Social support and health: A theoretical and empirical overview. **Journal of Social and Personal Relationships**, 8,99-127. 1991

SEIDL, E.M.F., TRÓCCOLI, B.T., ZANNON, C.M.L.C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 17, 225-234. 2001

SEYEDFATEMI, N., TAFRESHI, M. Experienced stressors and coping strategies among Iranian nursing students. **BMC Nurs** 6: 11. 2007

SIEGEL, K., SCHRIMSHAW, E.W. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 41, 91-102. 2002

SIEGEL, K., ANDERMAN, S.J., SCHRIMSHAW, E.W. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health**, 16, 631-653. 2001

SINGER, J.E., LORD, D. The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), **Handbook of psychology and health** (Vol. IV, pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. 1984

SKINNER, B.F., VAUGHAN, M.E. **Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida.** São Paulo: Summus. 1985

SOARES, A.T.; COSTA, E.F.A; TEIXEIRA, I.C.A.; ABRÃO, A.L.P.; PAIVA, M.A.; PITALUGA NETO, J. Atendimento ao Idoso nos Ambulatórios do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no Período de Janeiro de 2000 a Maio de 2001. Tema livre apresentado durante o **II Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia** realizado em Brasília-DF, nos dias 9 a 12 de agosto de 2001

SPINALE, J., COHEN, S.D., KHETPAL, P., PETERSON, R.A., CLOUGHERTY, B., PUCHALSKI, C.M., PATEL, S.S., KIMMEL, P.PL., Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. **Clin J Am Soc Nephrol.** Nov, 3(6):1620-7. 2008

STEFFEN, P.R., MASTERS, K.S. Does compassion mediate the intrinsic religion-health relationship? **Ann Behav Med** 30(3): 217-24. 2005

TAVARES, B.F.; BERIA, J.U., LIMA, M.S. Factors associated with drug use among adolescent students in southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 787-796, 2004

TEIXEIRA, M.C.T.V., SCHULZE, C.M.N., CAMARGO, B.V. Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico. **Estudos de Psicologia.** Universidade Federal de Santa Catarina - 7(2), 351-359, The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139. 2002

TIX, A.P.; FRAZIER, P.A. The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. **Journal for Consulting & Clinical Psychology**, 66, 411-22. 1998

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad Saúde Pública**; 15 Suppl 2:7-14. 1999

VECCHIA, R.D., RUIZ, T., BOCCHI, S.C.M., CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** 8(3): 246-52, 2005

VITALINO, P.P., RUSSO, J., CARR, J.E., MAIURO, R.D., BECKER, J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, 20, 3-26. 1985

WATLINGTON, C.G. MURPHY, C.M. The roles of religion and spirituality among African American survivors of domestic violence. **J Clin Psychol** 62(7): 837-57. 2006

WETHINGSTON, E., KESSLER, R.C. Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life evets. **Journal of Health and Social Behavior**, 27, 78-89. 1986

WHITE-VAN MOURIK, M.C., CONNOR, J.M. The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. **Prenat Diagn** 12(3): 189-204. 1992

WOLINSKY, F.D., WYRWICH, K.W. Personal stress, mental health, and sense of control among older adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, vol. 58, n. 3, pág. 146-50, 2003

WORTHINGTON JR., E.L., KURUSU, T.A., MCCULLOUGH, M.E. Empirical research on psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. **Psychological Bulletin**, vol. 119, pág. 448-487, 1996

XAVIER, M.F.F., FERRAZ, M.P.T., TRENDI, C.M., ARGIMON, I., BERTOLLUCCI, P.H., POYARES, D., MORIGUCHI, E.H. Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com 80 anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, vol., 35, n. 3, pág. 294-302, 2001

ZIMMERMAN, G., WEBER, W. Care for the Caregivers: a program for Canadian military chaplains after serving in NATO and United Nations peacekeeping missions in the 1990s. **Mil Med**, vol. 165, n. 9, pág. 687-90, 2000

# ***ANEXOS***