REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

SPIRITUALITY, RELIGIOSITY, AND FUNCTIONALITY IN OLDER ADULTS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Ciências da Saúde • 16/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794584636

Felipe Matheus Ferreira Santos[1]

Iranildo Francisco da Silva Neto[2]

Felipe Lima Rebelo[3]

RESUMO

O envelhecimento populacional amplia a necessidade de estratégias que favoreçam a manutenção da autonomia e da capacidade funcional das pessoas idosas. Nesse contexto, a espiritualidade e a religiosidade têm sido investigadas por sua possível relação com a saúde física, o bem-estar psicológico e a participação social. Este estudo teve como objetivo analisar as relações entre espiritualidade, religiosidade e capacidade funcional em pessoas idosas, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Os estudos analisados abordaram a participação em atividades religiosas coletivas, práticas religiosas privadas, espiritualidade e diferentes indicadores de funcionalidade, incluindo limitações nas atividades da vida diária e desempenho físico. Os resultados apontaram que a participação em atividades religiosas coletivas está associada, em parte das pesquisas, a melhores indicadores funcionais e menor ocorrência de limitações. Entretanto, as práticas religiosas privadas apresentaram resultados variáveis. Também foi identificada uma relação inversa, uma vez que limitações físicas e dificuldades de mobilidade podem comprometer a participação em atividades religiosas. Aspectos sociais, psicológicos, culturais e metodológicos contribuem para a heterogeneidade dos achados. Conclui-se que espiritualidade e religiosidade são dimensões relevantes para compreender o envelhecimento, embora as evidências não permitam afirmar que exerçam, isoladamente, efeito protetor causal sobre a capacidade funcional. Sua consideração no cuidado à pessoa idosa deve respeitar as crenças, a autonomia e as preferências individuais, favorecendo uma assistência integral e humanizada.

Palavras-chave: Pessoa idosa; Espiritualidade; Religiosidade; Capacidade funcional; Envelhecimento.

ABSTRACT

Population aging increases the need for strategies that support the maintenance of autonomy and functional capacity among older adults. In this context, spirituality and religiosity have been investigated for their potential relationship with physical health, psychological well-being, and social participation. This study aimed to analyze the relationships between spirituality, religiosity, and functional capacity in older adults through an integrative literature review. The studies analyzed addressed participation in collective religious activities, private religious practices, spirituality, and various indicators of functionality, including limitations in activities of daily living and physical performance. The results indicated that, in some of the research, participation in collective religious activities is associated with better functional indicators and a lower occurrence of limitations. However, private religious practices yielded variable results. An inverse relationship was also identified, as physical limitations and mobility difficulties can hinder participation in religious activities. Social, psychological, cultural, and methodological factors contribute to the heterogeneity of these findings. It is concluded that spirituality and religiosity are relevant dimensions for understanding the aging process, although the evidence does not support the claim that they exert, on their own, a causal protective effect on functional capacity. Incorporating these aspects into the care of older adults should respect individual beliefs, autonomy, and personal preferences, thereby fostering comprehensive and humanized care.

Keywords: Older adult; Spirituality; Religiosity; Functional capacity; Aging.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma conquista da sociedade moderna, impulsionado principalmente pela queda nas taxas de natalidade e mortalidade, bem como pela elevação da expectativa de vida (Cardoso; Dietrich; Souza, 2021; Oliveira, 2019). Essa transição demográfica impõe desafios significativos às políticas públicas, demandando adequações nos serviços de saúde e assistência social a fim de garantir um envelhecimento com qualidade e dignidade (Carneiro*;* Ayres*,* 2021). Destaca-se que o cuidado com a população idosa deve envolver não apenas o enfrentamento de doenças, mas também a promoção da saúde física, psicológica e emocional, com vistas à manutenção da independência funcional e do bem-estar global (Placideli; Bocchi, 2021). Nesse contexto, a saúde passa a ser entendida como um conceito ampliado, que engloba aspectos biopsicossociais e espirituais (WHO, 2015).

Ressalta-se que o processo de envelhecimento se configura por progressivas, irreversíveis e inevitáveis alterações fisiológicas que afetam a funcionalidade e aumentam a vulnerabilidade da pessoa idosa. Essas alterações, destacando entre elas a progressiva perda de massa muscular (sarcopenia) e alterações no equilíbrio e marcha e a redução da velocidade de condução neural, acabam por comprometer a função motora e sensorial, levando a uma diminuição paulatina da capacidade funcional (Ribeiro *et al.,* 2015). Tais mudanças podem impactar diretamente a autonomia do idoso, exigindo estratégias integrativas para lidar com as perdas funcionais e promover qualidade de vida. Entretanto, o declínio funcional não é inevitável nem ocorre de forma uniforme: condições clínicas, ambiente, participação social e oportunidades de cuidado influenciam as trajetórias individuais.

Na perspectiva psicossocial, o envelhecimento também é acompanhado por repercussões, muitas vezes relacionadas à reflexão sobre a finitude e o sentido da vida, o que pode desencadear sentimento de frustração, desesperança e solidão, especialmente em idosos institucionalizados ou em situação de vulnerabilidade. Fatores como perdas afetivas, isolamento social e declínio funcional favorecem o surgimento de transtornos como ansiedade e depressão, cujo diagnóstico muitas vezes é dificultado pelas múltiplas manifestações clínicas características dessa faixa etária (Nóbrega *et al.,* 2015). Nesse sentido, a busca por um significado e espiritualidade torna-se, nesse cenário, um recurso fundamental para enfrentar os desafios que invariavelmente surgem nessa etapa da vida (Erikson *et al.,* 1986 apud Lima *et al.,* 2011).

A espiritualidade, embora frequentemente associada à religiosidade, constitui um conceito mais amplo, relacionado à busca de conexão com o transcendente e ao propósito da existência (Queiroz; Debella, 2016). No envelhecimento, essa dimensão ganha relevância por auxiliar na ressignificação de experiências e promover sentimentos de paz, esperança e pertencimento (Chaves; Gil, 2015). A espiritualidade pode fornecer suporte emocional e psicológico diante das perdas físicas e sociais, sendo um importante mecanismo de enfrentamento e adaptação (Socci, 2011; Ribeiro *et al.,* 2017). Seu papel na promoção da saúde vem sendo reconhecido, inclusive, por profissionais da saúde, que observam efeitos positivos no bem-estar e na adesão ao tratamento quando as crenças e práticas espirituais do idoso são respeitadas (Luchetti, 2011; Nascimento *et al.,* 2013).

Além de seu papel no enfrentamento das adversidades, a espiritualidade pode favorecer a manutenção da funcionalidade e ampliar a participação social, especialmente quando vivenciada em

comunidades religiosas. Essa vivência coletiva pode fortalecer vínculos, reduzir o isolamento social e contribuir para um envelhecimento mais ativo e integrado (Amorim *et al.,* 2017). Dessa forma, entende-se que a espiritualidade é uma dimensão relevante a ser considerada na atenção à pessoa idosa, sobretudo no que diz respeito à qualidade de vida e à funcionalidade física e emocional.

A participação em comunidades religiosas pode oferecer oportunidades de interação social e atividades significativas, mas também depende de condições de mobilidade e acessibilidade. Assim, a associação entre religiosidade e funcionalidade deve ser investigada considerando tanto possíveis benefícios psicossociais quanto a possibilidade de que limitações físicas reduzam a participação (Amorim *et al.*, 2017).

Embora a literatura descreva associações entre religiosidade e indicadores de saúde na velhice, ainda existem incertezas quanto à direção dessas relações, às diferenças entre religiosidade e espiritualidade e à consistência dos resultados para medidas objetivas de desempenho físico. Como objetivos específicos, busca-se: (1) compreender os conceitos de espiritualidade, religiosidade e funcionalidade no contexto do envelhecimento, (2) investigar as associações entre espiritualidade e religiosidade e a independência na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, (3) analisar a relação entre participação religiosa, mobilidade, desempenho físico e limitações funcionais, (4) identificar possíveis mecanismos envolvidos nessas associações, incluindo suporte social, participação comunitária, enfrentamento de adversidades e bem-estar psicológico e (5) discutir as principais limitações metodológicas das evidências disponíveis, considerando a diversidade de

instrumentos de avaliação, as diferenças culturais e a possibilidade de relações bidirecionais entre as variáveis estudadas.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Envelhecimento e Capacidade Funcional

O envelhecimento é um processo natural e heterogêneo, marcado por mudanças biológicas, psicológicas e sociais que podem repercutir na autonomia e na independência das pessoas idosas. Nesse contexto, a capacidade funcional representa um aspecto fundamental da saúde, pois está relacionada à possibilidade de realizar atividades cotidianas, tomar decisões e participar da vida em sociedade. Sua compreensão ultrapassa a ausência de doenças, considerando também a interação entre as capacidades individuais e o ambiente em que a pessoa está inserida (WHO, 2001; WHO, 2015).

A preservação da capacidade funcional constitui um dos principais objetivos da atenção à saúde da pessoa idosa, uma vez que contribui para a manutenção da autonomia e da participação social. As alterações funcionais podem ocorrer de maneira gradual e apresentar diferentes intensidades, conforme as condições de saúde, a história de vida e as características ambientais de cada indivíduo. Por isso, a avaliação do envelhecimento deve considerar não apenas a presença de doenças, mas também as possibilidades de realização das atividades diárias e de participação nas situações que conferem significado à vida (WHO, 2015).

2.2. Espiritualidade e Religiosidade: Aspectos Conceituais

Embora frequentemente utilizadas como sinônimos, espiritualidade e religiosidade são dimensões relacionadas, mas distintas. A

espiritualidade envolve a busca por sentido, propósito, conexão e transcendência, podendo ser vivenciada de maneira individual ou coletiva. A religiosidade, por sua vez, está mais diretamente associada a crenças, práticas, rituais e vínculos com tradições ou comunidades religiosas. Ambas podem adquirir relevância ao longo do envelhecimento, período em que experiências de vida, mudanças nos papéis sociais e reflexões sobre a existência podem influenciar a maneira como cada indivíduo compreende sua trajetória (Zimmer *et al.*, 2016; Peteet; Al Zaben; Koenig, 2019).

Essas dimensões são vivenciadas de formas diversas, de acordo com a história pessoal, o contexto sociocultural e as convicções de cada indivíduo. Enquanto algumas pessoas expressam sua espiritualidade por meio de instituições e práticas religiosas, outras encontram significado em relações interpessoais, valores pessoais, contato com a natureza ou reflexões sobre a própria existência. Dessa forma, é importante distinguir os conceitos e evitar a pressuposição de que todas as pessoas idosas possuem crenças religiosas ou atribuem o mesmo significado às experiências espirituais (Peteet; Al Zaben; Koenig, 2019).

2.3. Espiritualidade, Religiosidade e Cuidado à Pessoa Idosa

A atenção integral à pessoa idosa pressupõe o reconhecimento de suas dimensões físicas, psicológicas, sociais e existenciais. Nesse sentido, espiritualidade e religiosidade podem ser consideradas aspectos relevantes para a compreensão das necessidades individuais, desde que sejam abordadas com respeito à autonomia, às crenças e à diversidade cultural. Sua inclusão no cuidado deve ocorrer de forma ética e individualizada, sem pressupor que todas as pessoas idosas sejam religiosas ou que essas experiências produzam

os mesmos efeitos para todos os indivíduos (Peteet; Al Zaben; Koenig, 2019).

No contexto dos serviços de saúde, reconhecer a dimensão espiritual significa oferecer espaço para que a pessoa idosa manifeste suas preferências, valores e necessidades, sem imposição de crenças ou práticas religiosas. Essa abordagem pode contribuir para uma assistência mais humanizada, centrada na pessoa e coerente com seus princípios individuais. Para os profissionais de saúde, isso exige escuta qualificada, respeito à diversidade e compreensão de que as necessidades espirituais, assim como as demais dimensões do cuidado, devem ser consideradas de acordo com a vontade e as particularidades de cada indivíduo (Peteet; Al Zaben; Koenig, 2019).

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de sintetizar as evidências científicas acerca da relação entre espiritualidade, religiosidade e capacidade funcional em pessoas idosas. A revisão foi conduzida seguindo as etapas metodológicas propostas por Whittemore e Knafl (2005): identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos estudos incluídos e apresentação dos resultados. Para assegurar transparência e reprodutibilidade, o processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos é apresentado conforme as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Page *et al.,* 2021).

3.2. Pergunta Norteadora

A pergunta norteadora foi estruturada com base na estratégia PECO, considerando: População (P) - pessoas idosas; Exposição (E) - espiritualidade e religiosidade; Comparação (C) - diferentes níveis de espiritualidade/religiosidade ou ausência dessas características, quando aplicável; e Desfecho (O) -capacidade funcional.

Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte questão: Quais são as evidências científicas disponíveis sobre a associação entre espiritualidade, religiosidade e capacidade funcional em pessoas idosas?

3.3. Estratégia de Busca

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foram utilizados descritores controlados dos vocabulários Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados com termos livres relacionados à espiritualidade, religiosidade, envelhecimento e capacidade funcional. Os operadores booleanos AND e OR foram empregados para combinar os termos, com adaptações específicas à sintaxe de cada base de dados. A estratégia de busca combinou os termos por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a seguinte expressão: (("Spirituality"[Mesh] OR "Religion"[Mesh] OR spiritual [tiab] OR religi [tiab] OR "religious attendance"[tiab] OR "religious participation"[tiab] OR "spiritual well-being"[tiab] OR "religious coping"[tiab]) AND ("Aged"[Mesh] OR elderly[tiab] OR "older adults" [tiab] OR "older people"[tiab] OR aging[tiab] OR ageing[tiab]) AND

("Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Mobility Limitation"[Mesh] OR "Frailty"[Mesh] OR "Physical Functional Performance"[Mesh] OR "functional capacity"[tiab] OR "functional status"[tiab] OR "functional decline"[tiab] OR "functional limitation"[tiab] OR "physical function" [tiab] OR disabilit tiab] OR ADL[tiab] OR IADL[tiab])).

Utilizou-se como filtros: artigos dos últimos 29 anos, realizados em humanos, com texto completo disponível e pessoas acima de 50 anos. A busca foi complementada pela análise das listas de referências dos artigos selecionados e de revisões sistemáticas pertinentes, a fim de identificar estudos adicionais potencialmente elegíveis.

3.4. Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos estudos científicos originais, com delineamentos observacionais transversais ou longitudinais ou experimentais, publicados em português, inglês ou espanhol, que investigassem pessoas idosas e abordassem a relação entre espiritualidade e/ou religiosidade e capacidade funcional.

Foram considerados elegíveis estudos que avaliaram a espiritualidade, o bem-estar espiritual ou a religiosidade em associação com indicadores de capacidade funcional, bem como pesquisas que investigaram a funcionalidade como fator associado à participação em práticas e atividades religiosas. Para a avaliação da capacidade funcional, foram considerados indicadores relacionados ao desempenho nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, mobilidade, desempenho físico, limitações funcionais e incapacidade funcional.

Também foram considerados estudos nos quais a capacidade funcional ou indicadores diretamente relacionados à funcionalidade não constituíram o desfecho principal, mas foram investigados como variáveis secundárias, preditoras ou associadas à espiritualidade e/ou religiosidade, desde que essa relação estivesse contemplada nos objetivos, nas variáveis analisadas ou nos resultados apresentados.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, relatos de experiência, protocolos de pesquisa, resumos de congressos, dissertações, teses e estudos sem disponibilização de dados suficientes para análise, assim como pesquisas que não apresentaram associação investigada entre espiritualidade e/ou religiosidade e indicadores de capacidade funcional.

3.5. Seleção dos Estudos

Os registros identificados nas diferentes bases foram exportados para um gerenciador bibliográfico (MENDELEY), no qual foi realizada a identificação e remoção das duplicatas.

Posteriormente, os estudos foram submetidos a duas etapas de seleção. Na primeira, foram analisados os títulos e resumos, considerando a pertinência à pergunta norteadora e os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Na segunda etapa, os artigos potencialmente elegíveis foram avaliados por meio da leitura integral, visando confirmar sua inclusão na revisão.

A seleção foi realizada por dois revisores independentes, com resolução de divergências por consenso ou, quando necessário, mediante avaliação de um terceiro revisor, nesse caso, o professor orientador.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão é apresentado por meio de um fluxograma adaptado das recomendações PRISMA (2020), contendo o número de registros identificados, duplicatas removidas, estudos excluídos por título e resumo, artigos avaliados na íntegra, exclusões justificadas e estudos incluídos na síntese final.

3.6. Extração e Organização dos Dados

Os dados dos estudos selecionados foram extraídos por meio de um instrumento padronizado, elaborado especificamente para esta revisão. Foram coletadas as seguintes informações: autores, ano de publicação, país de realização, periódico, delineamento metodológico, tamanho e características da amostra, instrumentos/formas utilizados para avaliação da espiritualidade e/ou religiosidade, instrumentos de avaliação da capacidade funcional, principais resultados e conclusões.

As informações foram organizadas em uma matriz de síntese, permitindo a comparação entre os estudos quanto às características metodológicas, às dimensões investigadas e à direção e magnitude das associações identificadas.

3.7. Análise e Síntese dos Resultados

Os resultados foram analisados de maneira descritiva e interpretativa, por meio de síntese integrativa, considerando a heterogeneidade esperada entre os delineamentos, instrumentos de avaliação e desfechos investigados.

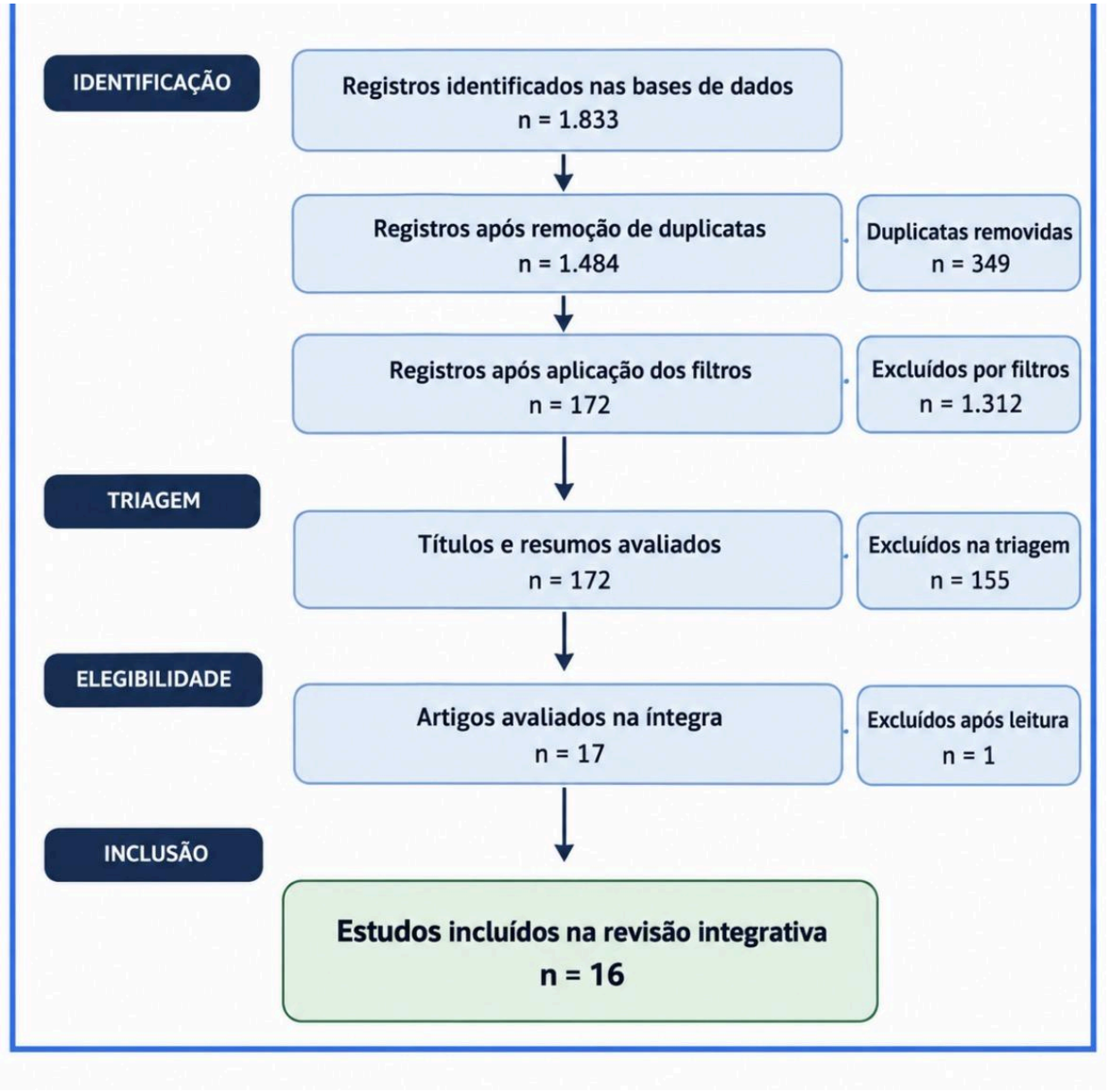
Inicialmente, os estudos foram caracterizados quanto ao ano de publicação, país de origem, delineamento, características da

população e instrumentos utilizados. Posteriormente, os achados foram agrupados em categorias temáticas relacionadas à associação entre espiritualidade, religiosidade e capacidade funcional.

4. RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou na identificação inicial de 1.833 registros. Após a remoção de 349 duplicatas, permaneceram 1.484 estudos, dos quais 1.312 foram excluídos mediante a aplicação dos filtros previamente estabelecidos, restando 172 registros para triagem. A análise dos títulos e resumos resultou na exclusão de 155 estudos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, sendo selecionados 17 artigos para leitura na íntegra. Nessa etapa, um artigo foi excluído, resultando em 16 estudos incluídos na revisão integrativa. O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos está apresentado na Figura 1, conforme as recomendações do PRISMA 2020.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação e seleção dos estudos incluídos na revisão.



Fonte: Elaborado pelos autores com o auxílio do ChatGPT (2026).

Os estudos selecionados abordaram a relação entre espiritualidade, religiosidade e capacidade funcional em pessoas idosas, contemplando diferentes delineamentos metodológicos, características populacionais e instrumentos de avaliação. As investigações analisaram distintas dimensões da religiosidade e da espiritualidade, com destaque para a participação em atividades religiosas, o bem-estar espiritual e suas associações com a independência nas atividades de vida diária, a mobilidade, o desempenho físico e as limitações funcionais.

Observou-se diversidade nos resultados, com estudos que identificaram associações favoráveis entre religiosidade e funcionalidade, enquanto outros não demonstraram relações significativas ou apontaram as limitações funcionais como possíveis barreiras à participação religiosa. O Quadro 1 apresenta a caracterização das publicações selecionadas, incluindo autores, ano de publicação, delineamento metodológico, características da amostra, instrumentos utilizados e principais resultados.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados sobre a associação entre espiritualidade, religiosidade e capacidade funcional em pessoas idosas.

Estudo (ano)	**País, Delineamento e Amostra**	**Espiritualidade / religiosidade**	**Funcionalidade e Covariáveis**	**Principais Achados / Conclusão**
Hybels et al. (2012) - The Complex Association Between Religious Activities and Functional Limitations in Older Adults	Estados Unidos. Estudo longitudinal com 2.924 pessoas com 65 anos ou mais, acompanhadas em diferentes momentos ao longo de até 10 anos.	Frequência de participação em serviços religiosos, uso de meios religiosos e atividades religiosas privadas.	Limitações nas atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais (AIVD) e mobilidade. Ajustes para características demográficas, condições de saúde, fatores sociais e funcionalid	Maior frequência de participação religiosa esteve associada a menos limitações funcionais posteriores nas ABVD, AIVD e mobilidade, após ajustes. O uso de meios religiosos e as práticas privadas não apresentaram associações

			ade anterior.	significativas nos modelos ajustados
Park et al. (2008) - Religiousness and Longitudinal Trajectories in Elders' Functional Status	Estados Unidos. Estudo observacional longitudinal com 784 pessoas idosas residentes na comunidade, acompanhadas semestralmente durante três anos. A amostra original era de 1.000 participantes com 65 anos ou mais.	Frequência de comparecimento a serviços religiosos, oração e religiosidade intrínseca.	Dificuldades nas ABVD e AIVD; idade, sexo, raça, residência urbana ou rural, apoio social, recebimento de ajuda, renda, escolaridade, comorbidades e cognição.	A frequência de participação religiosa esteve associada a menor dificuldade funcional inicial e a trajetórias mais favoráveis em alguns indicadores, sobretudo nas AIVD. Oração e religiosidade intrínseca não apresentaram o mesmo padrão consistente de associação.
Fitchett et al. (2013) - Worship Attendance and the Disability Process in Community-Dwelling Older Adults	Estados Unidos. Estudo observacional com 5.863 pessoas idosas negras e brancas participantes do Chicago Health and	Frequência de participação em cultos ou serviços religiosos, classificada em três níveis.	Incapacidade nas AIVD e ABVD e desempenho físico observado. Foram consideradas características demográficas, saúde e	A participação religiosa mais frequente esteve associada a menor incapacidade e melhor desempenho físico na avaliação inicial. Entretanto,

	Aging Project.		estado cognitivo.	não houve associação significativa com a mudança da incapacidade ou do desempenho físico ao longo do tempo.
Hybels et al. (2014)- Inflammation and Coagulation as Mediators in the Relationships Between Religious Attendance and Functional Limitations in Older Adults	Estados Unidos. Estudo observacional transversal com 1.423 pessoas idosas.	Frequência de participação em serviços religiosos.	ABVD, AIVD e mobilidade; marcadores inflamatórios e de coagulação, incluindo interleucina-6, molécula de adesão vascular solúvel e dímero-D.	A participação religiosa mais frequente esteve associada a menos limitações funcionais e a níveis mais baixos de alguns marcadores inflamatórios e de coagulação. Esses marcadores explicaram parcialmente as associações observadas, sem estabelecer causalidade.
Idler e Kasl (1997a) - Religion Among Disabled and Nondisabled Persons II: Attendance	Estados Unidos. Estudo longitudinal com pessoas idosas de New Haven, Connecticut,	Participação em serviços religiosos e mudanças nas práticas religiosas.	Funcionamento físico, incapacidade, práticas de saúde, vínculos sociais e indicadores	A participação em serviços religiosos foi preditora de melhor funcionamento ao longo do acompanhamento. Práticas

at Religious Services as a Predictor of the Course of Disability	utilizando acompanhamento de até 12 anos. A investigação utilizou uma amostra representativa da comunidade; o artigo relacionado da mesma série informa 2.812 participantes na avaliação inicial.		de bem-estar.	de saúde, vínculos sociais e bem-estar explicaram parte, mas não toda, dessa associação. A incapacidade apresentou efeitos limitados sobre a participação religiosa subsequente.
Kelley-Moore e Ferraro (2001) - Functional Limitations and Religious Service Attendance in Later Life: Barrier and/or Benefit Mechanism?	Estados Unidos. Estudo longitudinal com duas ondas de uma amostra probabilística nacional de adultos a partir dos 60 anos.	Frequência de participação em serviços religiosos.	Limitações funcionais, especialmente nas funções dos membros inferiores, e participação religiosa ao longo do tempo.	As limitações funcionais estiveram associadas à menor participação religiosa no mesmo período, principalmente pelo mecanismo de barreira física. Não houve evidência consistente de que a participação religiosa produzisse benefícios

				funcionais longitudinais nem de que as limitações iniciais determinasse m reduções duradouras na frequência religiosa.
Benjamins (2004) - Religion and Functional Health Among the Elderly: Is There a Relationshi p and Is It Constant?	Estados Unidos. Estudo longitudinal com dados do Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old Survey (AHEAD), pesquisa nacional representati va de pessoas idosas.	Frequência de participaçã o religiosa e importânci a atribuída à religião.	Capacidade funcional e número de limitações funcionais, consideran do diferenças relacionada s à idade.	A participação religiosa mais frequente esteve associada a menos limitações funcionais, enquanto maior importância subjetiva da religião esteve associada a mais limitações. Não foram identificadas interações significativas com a idade. Os resultados indicam que diferentes dimensões da religiosidade podem apresentar associações distintas.
Roff et al. (2006) -	Estados Unidos.	Frequência de	Limitações funcionais,	Entre participantes

Functional Limitations and Religious Service Attendance Among African American and White Older Adults	Estudo observacional com 987 pessoas idosas negras e brancas.	participação em cultos religiosos e indicadores de religiosidade.	escolaridade, estado de saúde e funcionamento cognitivo.	sem limitações, a frequência de participação religiosa foi semelhante entre os grupos raciais. Entre aqueles com limitações, pessoas negras apresentaram menor probabilidade de comparecer regularmente, apesar de escores mais elevados de religiosidade. Escolaridade e cognição estiveram relacionadas às diferenças observadas.
Berges et al. (2007) - Attendance at Religious Services and Physical Functioning After Stroke Among Older	Estados Unidos. Estudo longitudinal com pessoas mexicano-americanas com 65 anos ou mais, com limitações físicas	Frequência de participação em serviços religiosos.	Incapacidade nas ABVD, função dos membros inferiores, mobilidade, características demográficas, condições médicas e comportam	A participação religiosa frequente esteve associada a menor declínio nas limitações das ABVD e na função dos membros inferiores em comparação à

Mexican Americans	residuais após acidente vascular cerebral (AVC), utilizando dados do Hispanic EPESE. Acompanhamento de três anos		entos de saúde.	participação menos frequente. O resultado é específico de uma população com histórico de AVC e não deve ser generalizado automaticamente a todas as pessoas idosas.
Orr, Kenny e McGarrigle (2020) - Longitudinal Associations of Religiosity and Physical Function in Older Irish Adults	Irlanda. Estudo longitudinal com cinco ondas do TILDA, incluindo 6.122 adultos a partir dos 50 anos e uma análise complementar de 2.359 participantes com 65 anos ou mais.	Afiliação religiosa e frequência de participação em serviços religiosos.	Desempenho no teste Timed Up and Go (TUG) e força de preensão manual, avaliados repetidamente ao longo de aproximadamente dez anos.	Não foram observadas diferenças gerais nas medidas objetivas de função física de acordo com a afiliação religiosa. Os indicadores físicos apresentaram alterações relacionadas ao envelhecimento, mas a afiliação religiosa não foi preditora do desempenho funcional.
Idler e Kasl (1997b) - Religion	Estados Unidos. Estudo	Participação religiosa e	Incapacidade, práticas de saúde,	O envolvimento religioso

Among Disabled and Nondisabled Persons I: Cross-Sectional Patterns in Health Practices, Social Activities, and Well-Being	transversal com 2.812 pessoas idosas da comunidade de New Haven, Connecticut, participantes do estudo EPESE.	sentimentos subjetivos de religiosidade.	atividades sociais e bem-estar subjetivo.	esteve relacionado a recursos comportamentais e psicossociais, especialmente entre os participantes dos serviços religiosos. Algumas associações entre envolvimento religioso e recursos sociais e de bem-estar foram mais pronunciadas entre pessoas com incapacidade. Por ser transversal, o estudo não permite estabelecer a direção temporal dessas relações.
Yeager et al. (2006) - Religious Involvement and Health Outcomes Among Older	Taiwan. Estudo longitudinal baseado em pesquisa nacional com pessoas idosas.	Afiliação religiosa, frequência de participação em serviços, crenças e	Saúde autorreferida, limitações de mobilidade, sintomas depressivos, função cognitiva,	A frequência de participação religiosa apresentou associações com diferentes desfechos de saúde.

Persons in Taiwan		práticas religiosas.	pressão arterial, interleucina-6, cortisol urinário e mortalidade em quatro anos.	Contudo, quase todas essas relações desaparecera m após o controle de comportamen tos de saúde, redes sociais e estado de saúde anterior, sugerindo a importância desses fatores na interpretação das associações.
Daaleman, Perera e Studenski (2004) - Religion, Spirituality, and Health Status in Geriatric Outpatients	Estados Unidos. Estudo transversal com 277 pacientes geriátricos atendidos em serviços ambulatoriai s da região de Kansas City.	Religiosida de avaliada por instrument o de cinco itens e espiritualid ade avaliada por instrument o de 12 itens.	Saúde autorreferid a, funcioname nto físico, qualidade de vida, sintomas depressivos, idade, raça e escolaridad e.	A espiritualidade permaneceu associada à percepção de boa saúde após os ajustes estatísticos, enquanto a religiosidade não apresentou associação independente significativa.
Luchetti et al. (2011) - Religiosity Affects Mental Health, Pain and Quality of Life in	Brasil, São Paulo. Estudo transversal realizado em serviço ambulatorial de reabilitação	Religiosida de e envolvimen to religioso.	Saúde mental, dor, incapacidad e e qualidade de vida, no contexto da reabilitação	O estudo identificou associação entre maior importância atribuída à religiosidade e melhores indicadores de

Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting	com pessoas idosas.		ambulatorial.	saúde mental e qualidade de vida em idosos atendidos em um serviço de reabilitação. A maior religiosidade esteve relacionada a menos sintomas depressivos, melhor desempenho cognitivo, maior qualidade de vida e menor percepção de dor. Entretanto, a frequência de participação em atividades religiosas não apresentou associação significativa com os indicadores avaliados. Os autores destacaram a importância de considerar as necessidades espirituais dos idosos no contexto da assistência à

				saúde e reabilitação.
Chen et al. (2017) - The Relationship of Physiopsychosocial Factors and Spiritual Well-Being in Elderly Residents: Implications for Evidence-Based Practice	Taiwan. Estudo transversal com modelagem de equações estruturais, envolvendo 377 pessoas idosas institucionalizadas com incapacidade.	Bem-estar espiritual, mensurado pela Spiritual Well-Being Scale.	Capacidade funcional pelo Índice de Barthel; sintomas depressivos pela versão curta da Geriatric Depression Scale; suporte social percebido pelo Personal Resources Questionnaire 85 – Part 2.	O estudo examinou como capacidade funcional, depressão e suporte social se relacionavam com o bem-estar espiritual. Os resultados sustentaram relações entre fatores físicos, psicológicos e sociais e o bem-estar espiritual, destacando a relevância do suporte social e da saúde mental. O delineamento transversal não permite concluir causalidade.
Cowden et al. (2022) - Identifying Pathways to Religious Service Attendance Among Older Adults: A	Estados Unidos. Estudo longitudinal com dados do Health and Retirement Study, incluindo	Participação regular em serviços religiosos como desfecho; foram investigados 60	Saúde física, comportamentos de saúde, bem-estar psicológico, sofrimento psicológico, fatores	Foram encontradas evidências modestas de que mudanças em alguns indicadores de saúde física, bem-estar psicológico,

Lagged Exposure-Wide Analysis	13.771 adultos com mais de 50 anos e dados prospectivos ao longo de oito anos.	possíveis preditores.	sociais e trabalho	sofrimento psicológico e funcionamento social prediziam a participação religiosa quatro anos depois.

Fonte: Elaborado pelos autores.

5. DISCUSSÕES

Conforme apresentado no Quadro 1, os 16 estudos analisados diferiram quanto aos objetivos, delineamentos metodológicos, populações investigadas e dimensões de espiritualidade, religiosidade e funcionalidade avaliadas. As pesquisas abrangeram estudos transversais e longitudinais, desenvolvidos principalmente nos Estados Unidos, além de investigações realizadas na Irlanda, em Taiwan e em outros contextos. Enquanto alguns trabalhos examinaram diretamente a relação entre participação religiosa e limitações nas atividades de vida diária, mobilidade e desempenho físico, outros investigaram o bem-estar espiritual, a saúde autorreferida, os fatores psicossociais e as condições associadas à participação em serviços religiosos.

De modo geral, os achados apontam para uma relação complexa entre religiosidade, espiritualidade e funcionalidade. Parte dos estudos identificou associações entre participação religiosa mais frequente e melhores indicadores funcionais, enquanto outros demonstraram que limitações físicas, condições de saúde e características sociais podem representar barreiras ao envolvimento religioso. Também foram observadas diferenças entre as associações

relacionadas à frequência de participação em serviços religiosos e aquelas referentes à importância atribuída à religião, às práticas privadas e ao bem-estar espiritual. Essas diferenças reforçam a necessidade de analisar cada dimensão separadamente e de considerar as limitações metodológicas das pesquisas antes de estabelecer conclusões gerais.

5.1. Religiosidade e Manutenção da Capacidade Funcional

Um dos principais eixos identificados na literatura diz respeito à associação entre participação em atividades religiosas e manutenção da capacidade funcional ao longo do envelhecimento. Hybels *et al.,* (2012), em estudo longitudinal com 2.924 adultos com 65 anos ou mais, investigaram três dimensões do envolvimento religioso: frequência de participação em serviços religiosos, utilização de meios religiosos e práticas religiosas privadas. Os autores observaram que a maior frequência de participação em serviços religiosos estava associada a menos limitações nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e na mobilidade três a quatro anos depois, mesmo após o controle de características demográficas, condições de saúde, fatores sociais e funcionalidade prévia. Entretanto, o mesmo padrão não foi identificado para o uso de meios religiosos e as práticas privadas nos modelos ajustados.

Resultados semelhantes foram encontrados por Park *et al.,* (2008), que analisaram trajetórias funcionais de pessoas idosas acompanhadas ao longo de três anos. A frequência de participação em serviços religiosos esteve associada a menos dificuldades nas atividades básicas e instrumentais de vida diária no início do acompanhamento. Além disso, foi observada uma trajetória mais favorável de dificuldades nas atividades instrumentais entre os

participantes que frequentavam serviços religiosos com maior regularidade. Os resultados, contudo, não demonstraram efeitos longitudinais igualmente consistentes para todos os indicadores funcionais, indicando que as associações podem variar conforme o tipo de atividade avaliada.

Na mesma direção, Idler e Kasl (1997a), ao investigarem a participação religiosa como possível preditora do curso da incapacidade, identificaram associações entre envolvimento religioso e evolução funcional. Berges *et al.,* (2007), por sua vez, estudaram pessoas mexicano-americanas com 65 anos ou mais que apresentavam limitações físicas residuais após acidente vascular cerebral. Os participantes que frequentavam serviços religiosos com maior regularidade apresentaram menor declínio nas limitações das atividades de vida diária e na função dos membros inferiores durante o acompanhamento de três anos. Esse resultado sugere que a associação entre participação religiosa e funcionalidade também pode ser observada em populações com condições clínicas específicas, embora não possa ser generalizada automaticamente para todas as pessoas idosas.

Hybels *et al.,* (2014) acrescentaram uma perspectiva fisiológica ao investigar se marcadores de inflamação e coagulação poderiam explicar parte da relação entre participação religiosa e funcionalidade. Em uma amostra de 1.423 pessoas idosas, os autores observaram que a participação religiosa mais frequente estava associada a menos limitações nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e na mobilidade. Os marcadores inflamatórios e de coagulação explicaram parcialmente essas associações, correspondendo a uma proporção reduzida do efeito estatístico observado. Entretanto, como a análise foi transversal, não foi possível

determinar se as diferenças fisiológicas antecederam as condições funcionais ou se foram consequência delas.

Kelley-Moore e Ferraro (2001) também investigaram a relação entre limitações funcionais e participação em serviços religiosos, considerando a possibilidade de que o envolvimento religioso e a funcionalidade estivessem relacionados por diferentes mecanismos. Os resultados ressaltam que a participação religiosa e as limitações funcionais não devem ser compreendidas de maneira isolada, pois dificuldades físicas podem restringir a frequência às atividades comunitárias, enquanto as características associadas à participação religiosa podem apresentar relações com a saúde.

De maneira complementar, Benjamins (2004), utilizando dados longitudinais de uma pesquisa nacional norte-americana com pessoas idosas, verificou que a frequência de participação em serviços religiosos estava associada a menos limitações funcionais, enquanto a maior importância subjetiva atribuída à religião apresentava associação na direção oposta. A ausência de interações significativas com a idade indicou que essas relações não variavam de forma consistente entre os grupos etários investigados. Esse achado é relevante porque demonstra que diferentes dimensões da religiosidade podem apresentar associações distintas com a funcionalidade.

Em conjunto, os estudos sugerem que a participação religiosa frequente pode estar associada a indicadores funcionais mais favoráveis em determinados contextos. Entretanto, essa associação não deve ser interpretada como prova de que a religiosidade produz, necessariamente, melhora ou preservação da capacidade funcional. A participação religiosa pode estar relacionada a fatores como apoio

social, oportunidades de convivência, comportamentos de saúde e condições físicas anteriores. Além disso, a possibilidade de causalidade reversa deve ser considerada, uma vez que pessoas com melhor funcionalidade podem encontrar menos obstáculos para participar presencialmente de atividades religiosas.

5.2. Limitações Funcionais Como Barreiras à Participação Religiosa

Outro eixo importante da literatura refere-se à possibilidade de que dificuldades funcionais restrinjam a participação em serviços religiosos. Essa perspectiva amplia a discussão ao considerar que a relação entre religiosidade e funcionalidade pode ocorrer em diferentes direções, sem pressupor que a participação religiosa seja exclusivamente um fator associado à saúde.

Kelley-Moore e Ferraro (2001) discutiram a possibilidade de as limitações funcionais atuarem como barreiras à participação religiosa na velhice. A necessidade de auxílio para deslocamento, as dificuldades de mobilidade e a dependência para determinadas atividades cotidianas podem tornar mais difícil o comparecimento a celebrações e encontros comunitários. Dessa forma, uma redução na frequência de participação religiosa não significa necessariamente diminuição do interesse ou da importância atribuída à religião, podendo refletir obstáculos físicos e ambientais.

Essa questão também foi investigada por Roff *et al.,* (2006), que analisaram 987 pessoas idosas negras e brancas nos Estados Unidos. Entre os participantes sem limitações funcionais, as taxas de frequência a serviços religiosos foram semelhantes entre os grupos raciais. Entretanto, entre aqueles que apresentavam uma ou mais

limitações, as pessoas negras eram menos propensas a frequentar regularmente os serviços religiosos, apesar de apresentarem indicadores mais elevados de religiosidade. As diferenças observadas estiveram relacionadas principalmente à escolaridade e ao funcionamento cognitivo, sem serem explicadas integralmente pelas medidas de saúde utilizadas. Os autores destacaram a importância de intervenções sociais que reduzam as barreiras à participação religiosa das pessoas idosas que desejam manter esse envolvimento.

Idler e Kasl (1997b), ao examinarem padrões transversais de práticas de saúde, atividades sociais e bem-estar entre pessoas com e sem incapacidade, também contribuíram para compreender como a participação religiosa se relaciona com diferentes dimensões da vida cotidiana. Os resultados indicaram que o envolvimento religioso deve ser considerado em conjunto com as condições de saúde, as relações sociais e o bem-estar, evitando atribuir às crenças religiosas, isoladamente, as diferenças observadas entre os participantes.

A investigação de Fitchett *et al.,* (2013), realizada com pessoas idosas residentes na comunidade, acrescentou evidências sobre a relação entre frequência de participação em cultos, incapacidade e desempenho físico. Os autores identificaram associações entre participação religiosa mais frequente, menor incapacidade e melhor desempenho físico na avaliação inicial. Contudo, não observaram associação significativa com a mudança da incapacidade ou do desempenho físico durante o acompanhamento. Esse resultado evidencia a diferença entre uma associação observada em determinado momento e a capacidade de prever mudanças funcionais ao longo do tempo.

O estudo de Cowden *et al.,* (2022) contribui para essa discussão ao investigar fatores associados à participação posterior em serviços religiosos. Utilizando dados longitudinais do Health and Retirement Study, os autores analisaram 13.771 participantes com mais de 50 anos e identificaram evidências modestas de que mudanças em alguns indicadores físicos, psicológicos e sociais prediziam a participação religiosa quatro anos depois. Entretanto, como o desfecho principal foi a frequência a serviços religiosos, os resultados não demonstram diretamente que limitações funcionais específicas, como dependência nas atividades básicas de vida diária ou dificuldades de mobilidade, reduzam a participação religiosa.

Esses achados indicam que a participação religiosa depende não apenas das crenças e preferências individuais, mas também das condições que possibilitam o deslocamento e a participação comunitária. Acessibilidade arquitetônica, disponibilidade de transporte, necessidade de assistência e adaptações nos espaços religiosos podem influenciar a continuidade dessas práticas. Assim, a redução da participação religiosa em pessoas com limitações funcionais deve ser interpretada considerando tanto as condições individuais quanto as barreiras ambientais e sociais.

5.3. Espiritualidade, Saúde e Fatores Psicossociais

Embora uma parte significativa dos estudos tenha investigado a frequência de participação em serviços religiosos, outras pesquisas examinaram a espiritualidade, a importância subjetiva da religião e sua relação com fatores psicológicos e sociais. Essas dimensões são relevantes porque a experiência espiritual não se restringe à participação presencial em instituições religiosas e pode

permanecer significativa mesmo quando existem limitações de mobilidade ou dependência funcional.

Chen *et al.,* (2017) investigaram as relações entre fatores físicos, psicológicos e sociais e o bem-estar espiritual de 377 pessoas idosas institucionalizadas com incapacidade. Utilizando o Índice de Barthel, instrumentos para avaliação de sintomas depressivos e suporte social percebido e uma medida de bem-estar espiritual, os pesquisadores empregaram modelagem de equações estruturais para examinar as relações entre as variáveis. Os resultados apontaram associações entre funcionalidade, fatores psicossociais e bem-estar espiritual, ressaltando a importância de considerar a saúde mental e o suporte social na compreensão da experiência espiritual de pessoas idosas institucionalizadas.

Esses resultados são complementados por Daaleman, Perera e Studenski (2004), que estudaram 277 pacientes geriátricos atendidos em serviços ambulatoriais. Os autores observaram que a espiritualidade estava associada à percepção de boa saúde, mesmo após o ajuste por outras variáveis, enquanto a religiosidade não apresentou associação independente significativa no modelo final. É importante destacar que o desfecho investigado foi a saúde autorreferida, e não exclusivamente a capacidade funcional. Ainda assim, a pesquisa demonstra que espiritualidade e religiosidade podem apresentar relações distintas com os indicadores de saúde, reforçando a necessidade de não utilizar esses conceitos como sinônimos.

Yeager *et al.,* (2006), em estudo longitudinal com pessoas idosas de Taiwan, examinaram diferentes dimensões do envolvimento religioso, incluindo afiliação, frequência de participação, crenças e

práticas privadas. Os resultados indicaram que a frequência de participação religiosa apresentava associações relativamente consistentes com os desfechos de saúde nas análises iniciais. Entretanto, a maioria dessas relações perdeu significância após o controle de comportamentos de saúde, redes sociais e condições de saúde anteriores. Os autores também observaram que a participação em atividades sociais apresentava associações mais robustas com a saúde do que a frequência religiosa em algumas análises. Esses resultados apontam para a importância de distinguir possíveis contribuições da religiosidade daquelas relacionadas à convivência e à participação social em sentido mais amplo.

O estudo de Benjamins (2004) também reforça essa necessidade ao demonstrar que a frequência de participação religiosa e a importância subjetiva da religião apresentavam associações em direções diferentes com as limitações funcionais. Portanto, não é adequado considerar a religiosidade como uma variável única, uma vez que suas diferentes dimensões podem refletir experiências, necessidades e condições de saúde distintas.

Quanto ao estudo de Luchetti *et al.,* (2011), realizado no contexto da reabilitação ambulatorial de pessoas idosas, a investigação amplia a discussão sobre religiosidade e desfechos relacionados à saúde mental, à dor e à qualidade de vida. Entretanto, esses indicadores não devem ser interpretados como equivalentes à capacidade funcional. Para estabelecer conclusões específicas sobre o desempenho físico ou a independência nas atividades cotidianas, é necessário considerar os resultados correspondentes a cada medida funcional utilizada no estudo.

Em conjunto, essas pesquisas indicam que o bem-estar espiritual e a religiosidade podem estar relacionados a aspectos subjetivos da saúde e a fatores psicossociais, mas as associações variam conforme o conceito investigado e o desfecho utilizado. O suporte social, os sintomas depressivos, as condições clínicas e as oportunidades de convivência constituem elementos importantes para a interpretação dos resultados. Contudo, as evidências disponíveis não permitem afirmar que a espiritualidade ou a religiosidade, isoladamente, garantam maior independência funcional ou melhor desempenho físico.

5.4. Diferenças Culturais, Dimensões da Religiosidade e Interpretação dos Resultados

A diversidade dos resultados também pode ser compreendida a partir das diferenças culturais, sociais e metodológicas entre os estudos. A maioria das pesquisas que investigaram diretamente a relação entre participação religiosa e funcionalidade foi realizada nos Estados Unidos, frequentemente em populações nas quais o cristianismo predominava. Esse contexto limita a generalização dos achados para pessoas idosas de outras tradições religiosas, para indivíduos sem afiliação religiosa e para populações com diferentes formas de organização social e comunitária.

O estudo de Yeager *et al.,* (2006), realizado em Taiwan, demonstra a importância dessa consideração, uma vez que investigou uma população com diversidade de afiliações e práticas religiosas. Os autores verificaram que as relações entre envolvimento religioso e saúde eram sensíveis aos ajustes por condições anteriores de saúde, comportamentos e redes sociais. Isso sugere que os resultados

obtidos em contextos predominantemente cristãos não devem ser automaticamente extrapolados para outras populações.

Orr, Kenny e McGarrigle (2020), ao examinarem dados longitudinais de adultos irlandeses, também contribuíram para essa discussão. Os autores utilizaram medidas objetivas de função física, incluindo o teste Timed Up and Go (TUG) e a força de preensão manual, e não identificaram diferenças gerais no desempenho físico segundo a afiliação religiosa. Esse resultado contrasta com pesquisas norte-americanas que observaram associações entre frequência de participação em serviços religiosos e menor número de limitações funcionais. Entretanto, a comparação deve considerar que afiliação religiosa e frequência de participação são variáveis diferentes, assim como medidas objetivas de desempenho físico não são equivalentes a indicadores autorreferidos de incapacidade nas atividades cotidianas.

As diferenças entre os estudos também se relacionam aos delineamentos metodológicos. Pesquisas transversais, como as de Chen *et al.,* (2017), Daaleman, Perera e Studenski (2004) e Hybels *et al.,* (2014), permitem identificar associações entre variáveis, mas não estabelecem com segurança a sequência temporal dos acontecimentos. Estudos longitudinais, como os de Hybels *et al.,* (2012), Park *et al.,* (2008), Berges *et al.,* (2007) e Orr, Kenny e McGarrigle (2020), permitem examinar mudanças ao longo do tempo, mas também estão sujeitos a limitações, incluindo perdas de acompanhamento, confundimento residual e diferenças entre as medidas utilizadas.

Outro aspecto importante é a distinção entre participação religiosa e espiritualidade. A frequência a serviços religiosos depende, em

alguma medida, da possibilidade de deslocamento e das oportunidades de participação comunitária. Já o bem-estar espiritual pode ser vivenciado de diferentes maneiras, inclusive sem participação em instituições religiosas. Assim, pessoas com limitações funcionais podem encontrar dificuldades para frequentar cultos ou celebrações presenciais sem necessariamente apresentar menor espiritualidade ou atribuir menos importância às próprias crenças.

Dessa forma, a heterogeneidade conceitual e metodológica observada nos 16 estudos impede a interpretação dos resultados como evidência de uma associação única e universal. As diferenças encontradas não representam necessariamente contradições, pois os trabalhos investigaram populações, dimensões religiosas e indicadores de saúde distintos. A interpretação mais adequada exige considerar os objetivos específicos de cada pesquisa e evitar a equivalência entre participação religiosa, espiritualidade, religiosidade subjetiva e capacidade funcional.

5.5. Síntese dos Achados e Implicações para o Cuidado à Pessoa Idosa

Em conjunto, os 16 estudos oferecem perspectivas complementares sobre a relação entre espiritualidade, religiosidade e funcionalidade no envelhecimento. Parte das pesquisas identificou associações entre maior frequência de participação em serviços religiosos e melhores indicadores funcionais, incluindo menor número de limitações nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e na mobilidade (Hybels *et al.,* 2012; Park *et al.,* 2008; Hybels *et al.,* 2014). Outros estudos demonstraram que essas relações podem variar conforme a dimensão religiosa examinada, a população investigada

e o indicador funcional utilizado (Benjamins, 2004; Yeager *et al.,* 2006; Orr; Kenny; McGarrigle, 2020).

Os estudos também destacam que as limitações funcionais podem representar obstáculos à participação em serviços religiosos, especialmente quando dificultam o deslocamento e a realização de atividades fora do domicílio (Kelley-Moore; Ferraro, 2001; Roff *et al.,* 2006). Ao mesmo tempo, pesquisas sobre espiritualidade e saúde autorreferida apontam que o bem-estar espiritual pode apresentar relações com aspectos subjetivos da saúde, sem necessariamente corresponder a diferenças no desempenho físico (Daaleman; Perera; Studenski, 2004; Chen *et al.,* 2017).

A análise conjunta desses resultados reforça a necessidade de compreender a pessoa idosa de forma integral, considerando as dimensões física, psicológica, social e espiritual. No contexto assistencial, isso implica reconhecer a importância que a espiritualidade e a religiosidade podem assumir para determinados indivíduos, sem pressupor que todas as pessoas idosas sejam religiosas ou que essas experiências produzam os mesmos resultados para todos. A abordagem deve respeitar as crenças, os valores, a autonomia e as preferências individuais, sem impor práticas religiosas ou atribuir às crenças a responsabilidade pela manutenção da saúde.

Além disso, os achados sobre barreiras à participação religiosa apontam para a importância de condições ambientais acessíveis e de suporte adequado para pessoas idosas que desejam manter suas atividades comunitárias. A adaptação de espaços, a disponibilidade de transporte e a oferta de assistência podem contribuir para reduzir obstáculos relacionados à mobilidade e à dependência funcional.

Essas medidas devem ser consideradas a partir das necessidades e escolhas de cada pessoa, sem pressupor que a participação religiosa seja desejável ou necessária para todos.

Por fim, a literatura analisada apresenta limitações que devem ser consideradas. A predominância de estudos observacionais impede conclusões causais definitivas; a diversidade de instrumentos dificulta a comparação entre os resultados; e a concentração de pesquisas em determinados contextos culturais limita a generalização dos achados. Além disso, alguns estudos avaliaram desfechos amplos de saúde ou participação religiosa, e não a relação direta entre espiritualidade e capacidade funcional. Pesquisas futuras podem contribuir para superar essas lacunas por meio de delineamentos longitudinais, medidas funcionais padronizadas e avaliação diferenciada de espiritualidade, religiosidade, participação comunitária e suporte social.

Assim, a principal contribuição dos estudos examinados consiste em demonstrar que as relações entre espiritualidade, religiosidade e funcionalidade são multidimensionais e dependem das características individuais, sociais, culturais e metodológicas envolvidas. As evidências disponíveis justificam a continuidade das investigações sobre o tema, mas não sustentam a afirmação de que a religiosidade ou a espiritualidade, por si sós, promovam a preservação da capacidade funcional. Uma compreensão mais consistente exige reconhecer tanto as possíveis associações entre participação religiosa e saúde quanto as barreiras que podem restringir essas experiências ao longo do envelhecimento.

6. CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa da literatura permitiu analisar as relações entre espiritualidade, religiosidade e capacidade funcional em pessoas idosas, evidenciando que essa associação é complexa e influenciada por fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e metodológicos. De modo geral, os estudos analisados apontam que a participação em atividades religiosas coletivas pode estar associada a melhores indicadores de funcionalidade, especialmente no que se refere às limitações para a realização das atividades da vida diária e à manutenção da participação social. Entretanto, esses resultados não foram uniformes entre as pesquisas, o que impede afirmar que a religiosidade exerça, isoladamente, um efeito protetor sobre a capacidade funcional.

Observou-se que a participação em serviços religiosos apresenta resultados mais consistentes em comparação com algumas dimensões da religiosidade privada, como a oração individual e a importância atribuída à religião. Essa diferença sugere que os benefícios eventualmente associados às práticas religiosas podem estar relacionados não apenas às crenças pessoais, mas também às oportunidades de interação social, ao suporte comunitário e ao sentimento de pertencimento. Contudo, tais mecanismos devem ser interpretados com cautela, uma vez que nem todos foram diretamente investigados ou demonstrados pelos estudos incluídos.

Outro aspecto relevante identificado foi a relação inversa entre funcionalidade e participação religiosa. As limitações físicas e as dificuldades de mobilidade podem representar barreiras à frequência em atividades coletivas, indicando que pessoas idosas com maior comprometimento funcional podem encontrar dificuldades para manter sua participação comunitária. Dessa forma, a associação entre religiosidade e funcionalidade deve ser

compreendida considerando-se a possibilidade de influência em ambas as direções, além da atuação de fatores como condições de saúde, apoio social e características individuais.

A análise também evidenciou limitações importantes na literatura, incluindo a utilização de diferentes instrumentos para avaliar religiosidade, espiritualidade e funcionalidade, a presença de estudos transversais e a diversidade das populações investigadas. Essas características dificultam a comparação direta dos resultados e restringem as conclusões sobre temporalidade e causalidade. Além disso, os achados relacionados à saúde física, ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida não devem ser interpretados automaticamente como evidências de melhora objetiva da capacidade funcional.

Conclui-se, portanto, que a espiritualidade e a religiosidade constituem dimensões relevantes para a compreensão do envelhecimento, podendo estar associadas a aspectos favoráveis da saúde, do bem-estar e da participação social de pessoas idosas. Entretanto, sua relação com a capacidade funcional depende de múltiplos fatores e não pode ser generalizada para todas as práticas religiosas ou para todos os contextos socioculturais. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais, com instrumentos padronizados e medidas objetivas e subjetivas de funcionalidade, a fim de esclarecer melhor a natureza dessas associações. Na prática assistencial, a consideração da espiritualidade e das crenças religiosas pode contribuir para um cuidado integral e individualizado, desde que respeite a autonomia, as preferências e a diversidade de cada pessoa idosa, sem pressupor que a religiosidade seja necessária ou benéfica para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Diane Nogueira Paranhos et al. Associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 20, n. 5, p. 727-735, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170088

BENJAMINS, Maureen Reindl. Religion and functional health among the elderly: is there a relationship and is it constant? **Journal of Aging and Health,** v. 16, n. 3, p. 355–374, 2004. DOI: https://doi.org/10.1177/0898264304264204.

BERGES, Ivonne-Marie et al. Attendance at religious services and physical functioning after stroke among older Mexican Americans. **Experimental Aging Research,** v. 33, n. 1, p. 1–11, 2007. DOI: https://doi.org/10.1080/03610730601005893

CARDOSO, Eliana; DIETRICH, Thais Peres; SOUZA, André Portela. Envelhecimento da população e desigualdade. **Brazilian Journal of Political Economy,** v. 41, n. 1, p. 23–43, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0101-31572021-3068.

CARNEIRO, Jeane Lima e Silva; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. **Revista de Saúde Pública,** v. 55, p. 29, 2021. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002856.

CHAVES, Lindanor Jacó; GIL, Claudia Aranha. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 20, n. 12, p. 3641–3652, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.19062014.

CHEN, Yi-Heng et al. The relationship of physiopsychosocial factors and spiritual well-being in elderly residents: implications for evidence-based practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing,** v. 14, n. 6, p. 484-491, 2017. DOI: https://doi.org/10.1111/wvn.12243.

COWDEN, Richard G. et al. Identifying pathways to religious service attendance among older adults: a lagged exposure-wide analysis. **PLOS ONE,** v. 17, n. 11, e0278178, 2022. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278178

DAALEMAN, Timothy P.; PERERA, Suresh; STUDENSKI, Stephanie A. Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. **Annals of Family Medicine,** v. 2, n. 1, p. 49–53, 2004. DOI: https://doi.org/10.1370/afm.20.

FITCHETT, George et al. Worship attendance and the disability process in community-dwelling older adults. **The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,** v. 68, n. 2, p. 235–245, 2013. DOI: https://doi.org/10.1093/geronb/gbs165.

HYBELS, Celia F. et al. Inflammation and coagulation as mediators in the relationships between religious attendance and functional limitations in older adults. **Journal of Aging and Health,** v. 26, n. 4, p. 679–697, 2014. DOI: https://doi.org/10.1177/0898264314527479.

HYBELS, Celia F. et al. The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. **The Gerontologist,** v. 52, n. 5, p. 676–685, 2012. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/gnr156.

IDLER, Ellen L.; KASL, Stanislav V. Religion among disabled and nondisabled persons I: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and well-being. **The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,** v. 52, n. 6, p. S291–S305, 1997b.

IDLER, Ellen L.; KASL, Stanislav V. Religion among disabled and nondisabled persons II: attendance at religious services as a predictor of the course of disability. **The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,** v. 52, n. 6, p. S306–S316, 1997a. DOI: https://doi.org/10.1093/geronb/52B.6.S306.

KELLEY-MOORE, Jessica A.; FERRARO, Kenneth F. Functional limitations and religious service attendance in later life: barrier and/or benefit mechanism? **The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,** v. 56, n. 6, p. S365–S373, 2001. DOI: https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.S365.

LIMA, Priscilla Melo Ribeiro de; COELHO, Vera Lúcia Decnop; GÜNTHER, Isolda Araújo. Envolvimento vital: um desafio da velhice. **Geriatria & Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 261–268, 2011.

LUCHETTI, Giancarlo et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine,** v. 43, n. 4, p. 316–322, 2011. DOI: https://doi.org/10.2340/16501977-0784.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto & Contexto – Enfermagem,** v. 22, n. 1, p. 52-60, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100007

NÓBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate,** v. 39, n. 105, p. 536–550, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201510500020 20.

OLIVEIRA, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde,** Uberlândia, v. 15, n. 32, p. 69–79, 2019. DOI: https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614

OPENAI. ChatGPT (GPT-6): **fluxograma do processo de identificação e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa [imagem digital gerada por inteligência artificial].** 9 nov. 2026. Disponível em: https://chatgpt.com/. Acesso em: 9 nov. 2026.

ORR, Joanna; KENNY, Rose Anne; McGARRIGLE, Christine Ann. Longitudinal associations of religiosity and physical function in older Irish adults. J**ournal of the American Geriatrics Society,** v. 68, n. 9, p. 1998–2005, 2020. DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.16470.

PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ,** v. 372, p. n71, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71

PARK, Nan Sook et al. Religiousness and longitudinal trajectories in elders' functional status. **Research on Aging,** v. 30, n. 3, p. 279–298, 2008. DOI: https://doi.org/10.1177/0164027507313001.

PETEET, John R.; AL ZABEN, Faten; KOENIG, Harold G. Integrating spirituality into the care of older adults. **International**

Psychogeriatrics, v. 31, n. 1, p. 31–38, 2019. DOI: https://doi.org/10.1017/S1041610218000716.

PLACIDELI, Nádia; BOCCHI, Silvia. Modelos de atenção integral para idosos no mundo: revisão da literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 31, n. 3, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310326.

QUEIROZ, Luana Cristina Zick; DEBELLA, Monalisa Col. **Os benefícios da religiosidade na velhice. In: MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA,** 9.; MOSTRA DE PESQUISA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA IMED, 8., 2016, Passo Fundo. Anais [...]. Passo Fundo: IMED. p. 67–73, 2016.

RIBEIRO, Cezar Grontowski; SCHMIDT, Clenise Liliane; SHIMOSAKA, Aline Mati; COSTA, David da. O envelhecimento sob a perspectiva da vulnerabilidade em saúde: uma revisão integrativa de literatura. **Revista FisiSenectus,** Chapecó, v. 3, n. 2, p. 35–46, 2015.

RIBEIRO, Mariana dos Santos et al. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 20, n. 6, p. 869-877, 2017.

ROFF, Lucinda Lee et al. Functional limitations and religious service attendance among African American and White older adults. **Health & Social Work,** v. 31, n. 4, p. 246-255, 2006. DOI: https://doi.org/10.1093/hsw/31.4.246

SOCCI, Vera. Religiosidade e o adulto idoso. In: WITTER, Geraldina Porto (org.). Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas. Campinas: **Alínea,** p. 87–101, 2010.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing,** v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: **World Health Organization,** 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: **World Health Organization,** 2015. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042.

YEAGER, D. M. et al. Religious involvement and health outcomes among older persons in Taiwan. **Social Science & Medicine,** v. 63, n. 8, p. 2228-2241, 2006. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.05.007

ZIMMER, Zachary et al. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: a review. **SSM – Population Health,** v. 2, p. 373–381, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009.

---

[1] Graduando em Fisioterapia, Centro Universitário Cesmac, Maceió, Alagoas, Brasil.

[2] Graduando em Fisioterapia, Centro Universitário Cesmac, Maceió, Alagoas, Brasil.

[3] Doutor em Ciências da Saúde, Centro Universitário Cesmac, Maceió, Alagoas, Brasil.