



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

EDIENNE MENDONÇA LIMA

**O COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL EM PESSOAS IDOSAS DEPRESSIVAS**

Juazeiro do Norte  
2021

EDIENNE MENDONÇA LIMA

**O COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL EM PESSOAS IDOSAS DEPRESSIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

**Orientador:** Prof. Me. Tiago Deividu Bento Serafim

Juazeiro do Norte  
2021

EDIENNE MENDONÇA LIMA

**O COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL EM PESSOAS IDOSAS DEPRESSIVAS**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

**Orientador:** Prof. Me. Tiago Deividy Bento Serafim

Aprovado em: 06/07/2021

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Me. Tiago Deividy Bento Serafim  
Orientador

Prof. Me. Larissa Maria Linard Ramalho  
Avaliadora

Prof. Me. Alex Figueirêdo da Nóbrega  
Avaliador

## O COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL EM PESSOAS IDOSAS DEPRESSIVAS

Edienne Mendonça Lima<sup>1</sup>  
Tiago Deividu Bonfim Serafim<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender a influência da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da depressão em idosos, por meio da descrição e definição sobre a origem da depressão, a exposição dos tipos de coping religioso espiritual e análise da importância na relação entre coping religioso espiritual e depressão em pessoas idosas. O estudo utilizou-se como metodologia a revisão bibliográfica, qualitativa, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no portal Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic) e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), tendo como descritores coping, depressão e idosos. As considerações finais do presente trabalho apontam o coping religioso espiritual positivo, em pessoas idosas com depressão, com produção na redução das consequências causadas pela patologia e que comprometem a qualidade de vida do indivíduo. Mas também apresenta a importância de se ter conhecimento sobre o coping religioso espiritual negativo e suas consequências, para que haja manejo ético entre os profissionais.

**Palavras-chave:** Coping. Religioso. Espiritual. Depressão. Idosos.

### ABSTRACT

This study aims to understand the influence of religiosity and spirituality in coping with depression in the elderly, through the description and definition of the origin of depression, the exposition of the types of spiritual religious coping and analysis of the importance in the relationship between spiritual religious coping and depression in elderly people. The study used as methodology the bibliographical review, qualitative, in the databases of the Virtual Health Library (VHL), in the Electronic Periodicals of Psychology portal (Pepsic) and in the virtual library Scientific Electronic Library Online (SciELO), having as descriptors coping, depression and the elderly. The present study concludes that positive spiritual religious coping in elderly people with depression produces a reduction in the consequences caused by the pathology and that compromise the individual's quality of life. But it also shows the importance of having knowledge about negative spiritual religious coping and its consequences, so that there is ethical management among professionals.

**Keywords:** Spiritual religious coping. Depression. Seniors.

---

<sup>1</sup>Edienne Mendonça Lima. Email: edienne.me@gmail.com

<sup>2</sup>Tiago Deividu Bonfim Serafim. Email: tiagodeividu@leaosampaio.edu.br

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos tem ocorrido um aumento na população idosa. Em termos sociodemográficos, isso tem se sucedido pelo o avanço considerável das políticas de saúde, o aumento na qualidade de vida decorrente de um maior controle das doenças infectocontagiosas, mudanças na economia, progressos científicos e a diminuição das taxas de natalidade (FREITAS, 2018). O aumento dessa população também sinaliza para os diversos desafios posto as políticas públicas, e para a produção que demanda da sociedade em geral, no desenvolvimento de novas práticas e intervenções para o público em questão.

O ano de 2025 é estimado pela OMS (2005), que o Brasil ocupe a sexta colocação em número populacional idosa. Dito isto, entre as principais doenças crônicas que acometem a terceira idade e que se apresenta na categoria de doenças mentais, são destacadas especialmente a demência e a depressão. Nesse caso, programas e políticas de saúde direcionados a essas questões têm se intensificado no trabalho de conscientização, de se haver um melhor planejamento para o envelhecimento com práticas saudáveis em todas as etapas da vida, especialmente na velhice como modo de prevenção do agravamento e o aparecimento dessas doenças.

Entre os diversos modos de melhoria e indicadores de saúde, a vivência da espiritualidade e religiosidade são utilizados como recurso de enfrentamento para situações adversas, numa tentativa de dar significado à vida. Para os idosos, mediante as adversidades que sucede essa etapa da vida, tem sido bem sucedido a relação entre vivências e práticas religiosas/espirituais e um aumento na qualidade de vida quanto ao projeto de vida.

A compreensão sobre espiritualidade tem-se por ser a essência do homem, a busca que este faz por sentido e significado para a vida, que se relaciona com a experiência vivenciada com a natureza. A religiosidade tem relação parcial com a espiritualidade, só que regida por regras, valores, tradições próprias (GAARDER; HELLERN; NOTAKER, 2005).

Por meio desse estudo, objetiva-se compreender a influência e a relevância da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da depressão em idosos através da descrição sobre a origem e definições da depressão, a discussão sobre coping religioso/espiritual e a análise sobre a importância associada a esses fatores.

O estudo sobre a população idosa com depressão e a religiosidade/espiritualidade como estratégia para lidar com esse problema apresenta contribuições ricas para reflexões e ampliação na produção de conhecimentos sobre o tema que, a partir dos dados coletados,

auxiliam para uma nova compreensão sobre a função e contribuição da religiosidade/espiritualidade nesse processo.

A importância em aprofunda-se nesse estudo se faz relevante para a formação acadêmica em psicologia pela crescente demanda de casos de depressão, na contemporaneidade, essencialmente manifesta na população idosa. O conhecimento profissional nessa área de atuação é de extrema importância para se realizar intervenções eficazes, em casos de idosos que sofrem com depressão, para que este sirva de apoio que ajude o sujeito a orientar-se e amenizar os sofrimentos decorrentes da depressão. É importante o conhecimento sobre a espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento, para que haja um manejo profissional e ético, num processo terapêutico.

Outro aspecto a ser considerado relevante nesse estudo resulta da colaboração apresentada acerca da importância da inclusão da religiosidade/espiritualidade em processos de tratamento da depressão, por haver resultados positivos na qualidade de vida a partir da vivência e experiência da população idosa, como estratégia e mecanismo de enfrentamento do estado de sofrimento gerado pela depressão. Nesse sentido, as informações ao longo desse trabalho são fontes importantes para estudantes e profissionais da área da saúde que tenham interesse pela temática e/ou trabalham diretamente com casos citados e o público mencionado, bem como o auxílio no planejamento de políticas públicas com estratégias voltadas à população idosa.

## **2 METODOLOGIA**

Esse estudo utilizou-se do método de revisão bibliográfica, qualitativa, tendo como descritores coping, depressão e idosos, com pesquisas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no portal Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic) e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), prioritariamente, em pesquisas realizadas no Brasil entre os anos de 2009 a 2019.

A pesquisa em questão se classifica, quanto à sua natureza, como uma pesquisa básica, visando a ampliação do conhecimento acerca do fenômeno do Coping religioso/ espiritual em idosos com depressão, não sendo uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre o assunto, mas com um novo enfoque, para a obtenção de novas conclusões (LAKATOS; MARCONI, 2003).

A abordagem desse estudo é de cunho qualitativo, tendo por finalidade a análise e interpretação de conteúdo, que segundo Marconi e Lakatos (2003), presume uma investigação

e compreensão de questões mais detalhadas da complexidade do comportamento humano favorecendo a uma investigação mais profunda sobre hábitos, atitudes e tendências comportamentais.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEPRESSÃO**

A depressão é um termo muito utilizado no ramo da psiquiatria, tal como o Episódio Depressivo Maior (EPM) ou o Transtorno Depressivo Maior (TDM). Este apresenta modos de manifestações diversificadas, levando em consideração sua variação quanto aos sinais e sintomas, ou a combinação destes, nomeado de síndrome. Os sintomas característicos de um Episódio Depressivo Maior (EDM) podem ser notados sem diagnósticos a partir das inúmeras ocorrências com relação as alterações e intensidade no cotidiano do sujeito entre outros transtornos psiquiátricos (BAPTISTA, 2018).

O ramo da psiquiatria, tendo por base a classificação objetiva descritiva das enfermidades em suas concepções diagnósticas, determinam que haja uma categoria operacional mais precisa quanto à elaboração de hipóteses no que diz respeito aos transtornos ou desordens mentais (SAURI, 2001, p.14). Nesse sentido, as hipóteses que não são passíveis de verificações científicas não participam dos critérios de exigência desse ramo, limitando o debate com outras teorias do conhecimento, e reduzindo as possibilidades de investigação de determinadas enfermidades manifestas pelo homem associadas a outros fatores (COSTA PEREIRA, 2002).

No tocante ao diagnóstico da depressão, as exigências quanto à precisão de resultados em avaliações próprias da psiquiatria têm repercutido de modo considerável havendo uma restrição na disciplina da psicopatologia, em seus diagnósticos, numa exigência de classificação comum, da psiquiatria biológica essencialmente, com a intenção de conferir-lhe um caráter científico e o crescimento da indústria farmacêutica no uso de medicamentos para o tratamento (FÉDIDA, 2000).

No ano de 1973, Karl Jaspers (1978), filósofo e psiquiatra alemão, publicou o livro *Psicopatologia Geral*, apresentando conteúdo sobre a psicopatologia como uma ciência que abrange o estudo e a classificação de aspectos que envolvem outras ciências da natureza, bem como os estudos fundamentais das ciências do espírito. Essa abrangência se volta para a interpretações dos fenômenos como sendo causais e a compreensão de experiências

individuais. A visão do autor traz em sua perspectiva o homem e sua enfermidade em sua totalidade, saindo da visão meramente objetiva, e ampliando para as possibilidades investigativas subjetivas.

De acordo com Capitão e Mesquita (2005) os transtornos depressivos têm ocorrência em indícios associados a estados psicológicos, orgânicos e hereditários. Conforme os mesmos, a depressão provoca nas pessoas uma espécie de sofrimento que prejudica de forma considerável o funcionamento da vida, sendo uma ocorrência que afeta todo tipo de pessoa, independente de faixa etária e condições socioeconômicas. Os sintomas manifestados pela depressão são oscilações no humor em suas respostas aos eventos diários, todavia, há casos em que essas manifestações acontecem de modo mais acentuado e constante.

Holmes (2001) apresenta a definição do estado depressivo como sensação de tristeza profunda que afeta o sujeito em sua totalidade. Em outras palavras, não ocorre um prejuízo somente em suas funções psíquicas ou no humor, mas também atinge sua funcionalidade física. Nesse sentido, a repercussão desses efeitos modifica o modo de relacionamento dos sujeitos tanto no âmbito social como pessoal, por gerar um modo diferenciado de vivenciar as situações cotidianas. Pessoas com depressão experienciam estados de profunda perda de sentido e interesse em toda e qualquer atividade que realiza e no sentido da vida.

Vale ressaltar que a tristeza é compreendida como um estado afetivo de resposta universal do ser humano ao passar por situações de perda, de fracasso, de decepções entre outras situações. Sendo ela um ato de responder a essas situações citadas acima, esta por sua vez tem caráter de ajustamento, pela perspectiva da evolução do ser humano, que através do isolamento causado pelo sentimento, gera no sujeito uma economia de esforços e expectativas para o futuro. Outra característica relacionada a tristeza se apresenta como indicativo de alerta para que as pessoas se atentem para a necessidade de que essa manifestação pede companhia e ajuda (DEL PORTO, 1999). Dito isto, é importante compreender que o estado de se sentir triste se torna patológico quando o grau desse estado tem duração e períodos longos e com manifestações de outros sintomas presentes que caracterizam uma patologia, nesse caso a depressão (WHITBOURNE, 2015).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V, de modo geral, a depressão é categorizada por nove sintomas específicos tais como:

Transtorno depressivo maior, distímia, transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outros transtornos depressivos especificado e transtorno depressivo não especificado (2014, pag. 155).



De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), a depressão é um problema mundial que afeta cerca de 340 milhões de pessoas causando 850 mil casos de suicídio por ano em todo o planeta. Por seu caráter de natureza multifatorial que influencia nos afetos ou no humor, isto exerce grande efeito na área funcional do sujeito do qual constitui diversos problemas de ordem biológica, psicológica e social, manifestando redução na disposição do ânimo do sujeito e ausência de interesse ou prazer em suas atividades (CARREIRA *et al.*, 2011).

Em geral, a depressão está associada a doenças crônicas que influencia negativamente e de modo considerável a qualidade de vida desses sujeitos, favorecendo ao elevado índice de casos de suicídio (DUARTE; BARRETO, 2012). Segundo Saxena (2017), médico do Departamento de Saúde Mental da OMS, afirma que a depressão tem apresentado probabilidade de crescimento significativo no que diz respeito as perdas acarretadas pela patologia, sendo avaliada que em 2030 seja um problema de saúde entre todos os outros que irá causar maiores perdas na poluição.

Como citado acima, no Brasil e em diferentes países do mundo há um reconhecimento de que a depressão é um dos problemas psíquicos que mais causa danos nos seres humanos. Em países de elevado índice de desenvolvimento econômico, a depressão varia entre 5,5% e 14,6% com média entre os 25,7 anos. Em países mais precários e menos desenvolvidos economicamente, o problema afeta de 5,9% a 11,1% dos sujeitos tendo por média etária de 24 anos. Em uma pesquisa na cidade de São Paulo, no Brasil, a proporção de casos de depressão nessa população e em algum instante da vida é de 16,8%, o que entre outros transtornos de humor a prevalência é de 18,4% (BROMET *et al.*, 2011).

Algumas pesquisas que se relacionam com a problemática em questão apontam para um fator preponderante acerca dos determinantes sociais. Estas apresentam avaliações quanto à idade e ao estado civil sendo associada a problemas de depressão. Em países mais desenvolvidos, frequentemente, à medida que as pessoas ficam mais velhas, a tendência a desenvolver a depressão diminui, em contra partida, em países de menor renda econômica, a depressão tende a prevalecer em pessoas mais velhas (BROMET *et al.*, 2011). No Brasil, essa prevalência é percebida em maior quantidade à medida que a idade das pessoas aumenta (BOING *et al.*, 2012). Outro fator determinante da depressão, está associado a pessoas viúvas ou separadas, manifestando uma maior probabilidade se comparada a pessoas casadas ou que convivem com seus parceiros (BROMET *et al.*, 2011).

De acordo com a OMS (2012), as questões referentes à urbanização, o processo de envelhecimento e suas alterações, as transformações globais no hábito de vida devem ser levadas em conta no que diz respeito ao favorecimento da manifestação ou não de doenças crônicas incluindo a depressão. Dito isto, vale ressaltar que ultimamente, a escolha no modo de vida passou a ser apontado como essencial para a promoção da saúde e a diminuição de casos de mortalidade por fatores diversos. Os índices elevados de doenças crônicas, tal como a depressão, ocorrem, parcialmente, pelas transformações nos estilos de vida, principalmente em relação aos hábitos alimentares, atividades físicas e uso de substâncias lícitas ou ilícitas, sendo uma ocorrência em países com alto e baixo padrão econômico (RIMM; STAMPER, 2004).

Duailib, Silva e Modesto (2013) apresentam percentuais indicando que pessoas com depressão tem perda de produtividade em suas atividades chegando a contar 35 dias por ano. Tem-se também que pessoas em estado mais agravante de depressão têm comprometimento de 90% de sua habilidade produtiva e social, e em casos de menor agravante estima-se cerca de 40% de comprometimento e 20% para casos mais leves.

A depressão é evidenciada como um dos motivos fundamentais de impacto em doenças de carga global. Como já citado por Duailib, Silva e Modesto (2013), outros autores dão consistência à hipótese de que a depressão é uma das principais causadora de absenteísmo e presenteísmo no ambiente laboral, tornando-se a terceira causa de distanciamento da ocupação profissional no Brasil (RAZZOUK; ALVAREZ, 2009; RAZZOUK, 2016). O Brasil comanda posição alta na predominância de casos de depressão e crescente morbidade, nos territórios em desenvolvimento, com uma frequência de 10 a 18% no período de doze meses, representando 20 a 36 milhões de pessoas afetadas – o que equivale a 10% das pessoas com depressão no mundo (RAZZOUK, 2016).

Com o advento do processo de envelhecimento, a probabilidade de problemas mentais nessa fase cresce de 34% aos 61 anos e 67% aos 81 anos de idade, uma prevalência que expõe uma realidade preocupante em saúde pública no que se refere as consequências decorrente desses transtornos, onde entre as diversas doenças apresentadas há uma grande manifestação da depressão (MONTEIRO et al., 2002).

Encarar a situação de um sujeito que se encontra em estado depressivo é bastante complicado, principalmente se este já se encontra na velhice ou nesse processo, pois estes tendem a apresentar grande resistência à aceitação quanto a sintomas psicológicos. Apesar dessa relutância em admitir seu estado depressivo, as formas que estes buscam expressar-se são por meio de queixas somáticas e inespecíficas, expondo com frequência a coexistência de

outras enfermidades de cunho médico, entre outras manifestações que acabam encobrendo queixas referentes aos sintomas depressivos. Segundo Monteiro (2002) grande parte dessa resistência dos idosos em manifestar e solicitar amparo de forma clara, quanto aos aspectos próprios da depressão, deve-se ao fato de que, quem vive essa experiência sofre com os estigmas, preconceitos e discriminações constituídas socialmente. Um outro aspecto que prejudica a possibilidade de um diagnóstico prévio da depressão está em estes indivíduos buscarem com maior frequência o clínico geral, onde estes em sua maioria não diagnosticam a depressão. Nesse caso, o mais indicado seria a busca de profissionais da geriatria ou psiquiatria.

### 3.2 PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO

O aparecimento da divisão de grupos etários teve início na era moderna, tendo como finalidade organizar a sociedade em categorias que, segundo Machado e Blass (2004) não existiam divisões etárias até o começo do século XIX. É apenas no início do século XIX que ocorrem as classificações entre grupos por questões de idade, habilidades, comportamentos e ambientes de identificação de cada grupo. A partir de então, os grupos seguem fracionados em categorias formais, com definições e divisões em suas mudanças, de acordo com cada grupo. Com isso, a velhice é vista como uma fase da vida que tem processo histórico equivalente a divisão de idades e tempo cronológico.

Os autores Araújo, Coutinho e Santos (2006b) apresentam a concepção sobre a velhice com representações associadas ao declínio e privações de papéis sociais e problemas de saúde. De início, a velhice era entendida por meio de estudos biológicos e fisiológicos, tendo por relação o desgaste físico de um sujeito (DARDENGO; MAFRA, 2019). Somente na contemporaneidade, essa concepção do processo de envelhecimento como causa biológica é reduzida, passando a ser concebida como instrumento de estudo da antropologia (UCHÔA *et al.*, 2002).

Segundo Baltes e Smith (2004), o envelhecimento é resultado de um processo estabelecido de modo multidimensional. Dito isto, Palácios (2004) dá consistência a essa afirmativa apresentando a velhice como um acontecimento que não sucede de uma única forma, nem ao mesmo tempo em todos os organismos e não tem relação com o aparecimento de doenças. O que acontece é que, o processo abrange causas endógenas e exógenas devendo ser vista numa totalidade, principalmente em casos de diagnósticos.

Com relação aos fatores neurobiológicos, teoricamente, entende-se que no processo de envelhecimento acontece uma espécie de desgaste programado no desenvolvimento genético, consistindo num enfraquecimento das células e um limite na qualidade e divisão celular em modificar-se e reproduzir-se. Esse tipo de declínio ocorre obrigatoriamente em todos os indivíduos, decorrendo de leis biológicas que não são bem compreendidas no que diz respeito aos processos primários e secundários, associados ao avanço da idade e ao monitoramento pessoal (PALÁCIOS, 2004).

Lima *et al.* (2008), bem como Neri (2006), reconhecem o processo de envelhecimento como sendo parte de algo estabelecido por múltiplas facetas, que decorre ao longo de toda a existência da vida. Essa fase vivenciada pelo indivíduo indica um estado resultante de uma condição experienciada por diversas gerações no âmbito social, político e pessoal.

As evidências desenvolvidas por Baltes e Smith (2006) com relação à população idosa destacam que, em geral, esses indivíduos desenvolvem elevado índice de implicações sobre os aspectos funcionais, estados de submissão e isolamento. Contudo, essa etapa da vida não deve ser percebida como algo vinculado a doenças, inabilidade e redução no desenvolvimento geral. Segundo Lima, Silva e Galhardoni (2008), o envelhecimento é conceituado como um evento gradual e decorrente de variados fatores, e a velhice é concebida como uma vivência iminentemente exitosa, contudo, uma experiência de caráter heterogêneo, que varia na qualidade de vida vivenciada por cada um.

De acordo com Forlenza e Almeida (1997), dentre os aspectos neuropsiquiátricos que mais prejudicam a qualidade de vida dos idosos, destacam-se a depressão e a demência. A recorrência de casos psiquiátricos com queixas sobre ansiedade depois dos 65 anos de idade, são pouquíssimos casos, não sendo um problema característico. Porém, há explicações de que os idosos têm substituído reações de “luta e fuga” mediante a circunstâncias de perigo, por atos de “congelamento”, a partir da introjeção do estímulo, dando origem à ocorrência crescente de estados depressivos ou psicossomáticos acima de estados ansiosos (FORLENZA; ALMEIDA, 1997).

A prevalência maior da depressão na população idosa, ocorre em pacientes hospitalizados com enfermidades de condições médicas (REGIER *et al.*, 1988). Essa por sua vez, tem agravamento quando o idoso se encontra em condições de internação por alguma doença de caso médico, ocorrendo na maioria das vezes uma persistência após o tratamento e alta hospitalar, tendo continuidade em muitos casos, cerca de três meses pós alta (KOENIG *et al.*, 1993). Doença de condição médica associada a estados depressivos, além de diminuir a qualidade de vida dos sujeitos, há a possibilidade de retardar a cura por doença física,

podendo assim prolongar o período de internação hospitalar ou ocasionar o óbito (PARIKH et al., 1990; MOSSEY et al., 1990).

### 3.3 COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL

No Brasil, através da literatura na área da psicologia da Saúde, o emprego da palavra coping se traduz por ação de enfrentamento (PAIVA, 1998). Essa versão, segundo Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), não se mantém e em geral, se utiliza somente a palavra coping por não haver uma denominação na língua portuguesa, que seja exclusiva e exprima totalmente a complexidade do termo. Compreendendo que a definição de enfrentamento se entende por uma ação de encarar algum problema de frente, de acordo com Alves (1956) o coping, eventualmente, estará relacionado a comportamentos que denotam esquiva, retirada ou até mesmo rejeição, recusa e negação dos problemas, o que se entende que a associação ao sentido de enfrentamento não contempla o termo, levando a uma incompreensão e equívocos sobre o conceito.

Para os autores Folkman e Lazarus (1980, 1984), o coping é entendido como concepção cognitivista, que se traduz por uma série de ações da cognição e comportamentos do indivíduo, que se utilizam de estratégias para superar certas demandas particulares ou externas, sucedendo em circunstâncias estressoras e percebidas como obrigações que ultrapassam os limites pessoais. A Psicologia da Religião, de acordo com Pargament *et al.* (1997), apresenta a perspectiva do coping como um empenho na procura por sentido em períodos de esgotamento. Dessa forma, os autores comentam ser um processo em que os sujeitos buscam compreender e encarar essas situações relevantes de suas vidas. Segundo Cerqueira-Santos, Koller e Pereira (2004), a religião é entendida como uma procura do homem em familiarizar-se com o sagrado. Esta por sua vez, também é compreendida como um fenômeno social que tem por ordenamento os seus símbolos sagrados e suas atribuições (ALVES, 1979). Em estudo realizado por Gaarder (2000), ele apresenta noções que se associam a compreensão sobre a religião. Uma primeira noção compreende que a religião tem relação entre o homem e as forças sobre-humanas em que este deposita sua inteira confiança ou se torna dependente. Nisso, Tiele (1830-1902) expõe que essa relação é permeada por manifestações de sentimentos de confiança e medo, crenças e atos. Uma outra concepção apresentada por Glasenapp (1891-1963), considera a religião como a certeza na crença de que existem forças sobrenaturais, particulares e outras que não se refere a certas particularidades e

que agem e manifestam-se no mundo através de compreensões súbitas, pensamentos, sentimentos, ações e intenções (GAARDER, 2000).

A espiritualidade é reconhecida como algo mais amplo que a religião, compreendida como um caminho para o sentido da vida, em que o ser humano busca definir uma relação entre seu “eu interior” e o com o contexto que vivencia. Sendo assim, acredita-se que a vivência da espiritualidade é algo inerente à própria condição humana, como um meio de estabelecer harmonia e maior qualidade de vida como estratégia de enfrentamento (MENEZES *et al.*, 2018). Freire *et al.* (2017) discutem a importância de se manter um cuidado quanto ao manejo da espiritualidade mediante a determinadas enfermidades, por ser um modo de promover assistência ao paciente com relação a aceitação da doença.

Dito isto, de acordo com estudos literários, o Coping Religioso Espiritual tem associações com aspectos negativos e positivos. O CRE positivo é identificado a partir da busca por Deus em seu amor e proteção, com a intenção de manter-se unido ao transcendente para a partir dessa relação superar situações adversas da vida por intermédio e participação de Deus, como colaborador e provedor de força sobrenatural, que auxilia no combate de situações humana de extrema angústia e dificuldades. O conceito também se associa a atitudes relacionadas ao processo de perdão de ações inaceitáveis cometidos por si mesmo ou por outros que lhes ofenderam. Nesse processo, o sujeito oferece preces e orações por pessoas ou situações que lhe causaram desconforto e sofrimento, como forma de manutenção de sentimentos, pensamentos e atos benevolentes.

O CRE positivo também inclui a busca de amparo comunitário, em membros da instituição religiosa para superação de situações adversas (KOENIG *et al.*, 1998; PARGAMENT *et al.*, 1998; PARGAMENT *et al.*, 2000). Segundo Koenig (2001a), os efeitos positivos produzidos pela vivência da religiosidade/espiritualidade possibilitam emoções, relacionamentos e estilos de vida satisfatórios, mas não consiste em dizer que todas as religiões promovam esses efeitos.

A concepção do CRE negativo se relaciona a crenças de que determinados acontecimentos difíceis da vida ocorrem por ordem de Deus, acreditando ser o causador e responsável por tais acontecimentos como forma de punição por atos inaceitáveis. Outro fator negativo a essa experiência com o CRE, está em questionar a existência de Deus, seu amor e sua presença mediante situações de angústia e sofrimento, com sentimento de revolta, indignação, abandono, descontentamento, falta de sentido na vida, bem como a atribuição de situações difíceis a ação e perseguição das forças do mal (KOENIG, 2001b; PANZINI; BANDEIRA, 2007). É destacado como aspecto negativo, dificuldades interpessoais ou

comunitária que surgem entre membros ou pessoas que participam de instituições religiosas (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

O autor Koenig (2001c) evidencia que o CRE negativo tem sido utilizado também como estratégia de provocar culpa, constrangimento, medo ou alegar como justificativa para atos de agressão e raiva. Como agente de manipulação e dominação social, o autor Koenig (2001a) destaca a ocorrência de restrições, limitações e o isolamento social a quem se opõe aos padrões religiosos. Mas via de regra, as religiões fundamentais que se apresentam de forma organizada em suas lideranças, e manifestam comprometimento em suas funções, promovem vivências mais saudáveis e satisfatórias (Koenig, 2001a).

Abordagens teóricas tais como, a Psicologia Positiva, apresentam associações com relação a espiritualidade e a qualidade de vida dos sujeitos que de alguma forma foram afetados ou não por alguma doença, reconhecendo-a como motivo de amparo à saúde (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007). De acordo com Peres, Simão e Naselio (2007), a religiosidade tem importância na vida do sujeito por fazer parte da cultura, dos princípios e valores, em que estes utilizam-se para moldar suas opiniões e organizar informações. A partir do momento que o sujeito tem certeza de suas crenças, isso dispõe de ordenamento e uma melhor assimilação de acontecimentos dolorosos, caóticos e imprevisíveis (CARONE; BARONE, 2001).

Em suma, as evidências apresentadas pela literatura apontam maiores resultados para o CRE como estratégia positiva para situações diversas da vida, prioritariamente em circunstâncias de intenso estresse e tensão, situações conflituosas, problemas de saúde com diagnóstico grave, processos de perda e de luto, e o processo de envelhecimento com reflexões sobre a vida e a finitude (PARGAMENT *et al.*, 1998; CARVER *et al.*, 1989; KOENIG *et al.*, 1995; SIEGEL *et al.*, 2001; TIX; FRAZIER, 1998; MCINTOSH *et al.*, 1993).

### 3.4 RELAÇÃO ENTRE COPING RELIGIOSO ESPIRITUAL E IDOSOS DEPRESSIVOS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a espiritualidade vem sendo reconhecida como algo necessário e de grande importância para a promoção de saúde. O estudo sobre a vivência da religiosidade e espiritualidade relacionado a estados de melhor qualidade de vida, tem-se ampliado no meio acadêmico. Esta por sua vez, tem sido citado como apoio mental, físico e social proporcionado pela prática da espiritualidade e vínculos religiosos, sendo fator relevante na assistência de pessoas com enfermidades (SOUSA *et al.*, 2001; VOLCAN *et al.*, 2003).

Os estudos de Koenig, George e Peterson (1998), relacionados a religiosidade e estados de enfermidades com períodos de internação, têm conclusões sobre pacientes em estados de depressão que, sustentados por suas crenças e religiosidade, se utilizam desse meio para a superação e recuperação, com resultados positivos quanto à redução no tempo de internação. Nesse sentido, tratamentos complexos por doenças crônicas implicam em períodos longos de internação, isolamento, mudanças inesperadas, exposições a situações altamente estressoras, apresentando assim, maior sofrimento psíquico vinculado ao adoecimento orgânico (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008; MENEZES; OLIVEIRA; MENEZES, 2010).

Dito isto, Menezes, Oliveira e Menezes (2010) apresentam em seus estudos os efeitos da hospitalização na capacidade funcional dos idosos em decorrência de doenças crônicas. Por conta de determinado nível de perda de autonomia obrigatória, que é imposta a qualquer paciente em estados de internação por doenças agudas crônicas, o estudo mostra que em casos de pessoas idosas nessas circunstâncias apresentam maior abatimento em suas funções. A perda funcional em pessoas idosas nesse estado, se torna um fator agravante por acarretar a necessidade de cuidados para a realização de atividades básicas, gerando a dependência, entre outras incapacidades associadas a idade. Esta por sua vez, pode ocasionar também a institucionalização e óbito dos idosos como causa do declínio funcional, complicações próprias da idade e efeitos secundários (MENEZES; OLIVEIRA; MENEZES, 2010).

Segundo os estudos de Leal *et al.* (2014), os sintomas depressivos em idosos podem ser preditor de doenças crônicas ou também manifesto após o surgimento destas. Nesse caso, quadros de depressão levam a maiores níveis de fragilidade e impotência na pessoa idosa e o risco em maior proporção para a ocorrência de outras comorbidades.

É válido ressaltar que o processo de envelhecimento se constitui como uma etapa multifacetada que, em geral tem associações com aspectos negativos (NERI, 2006). É importante compreender que estamos falando de um processo que em si já é difícil, inerente ao sujeito e que conta com o declínio funcional em diversos aspectos ao longo da vida. Nessa fase, problemas de saúde são mais comuns, mudanças inevitáveis também surgem e geram sofrimento para o idoso, bem como, os casos de pessoas idosas que chegam a uma total dependência para atividades diárias e básicas da vida, que em geral são isolados e rejeitados por parte de seus familiares e da sociedade (BALTES; SMITH, 2006).

Como estratégia para enfrentar e ultrapassar as adversidades desse processo, os diversos questionamentos pessoais que surgem sobre o sentido da vida e da finitude, quando se passa por uma fase de tantas dificuldades pessoais, sentimentos de inutilidade e impotência



diante das perdas, problemas de saúde que surgem com maiores frequência, acarretando sofrimentos mais intensos em todos os aspectos da vida; é mediante essas alterações, que os idosos buscam em práticas e rituais religiosos/espirituais o apoio por intermédio de suas crenças, na fé e na esperança de receber força, coragem, cura, suporte divino para encarar a realidade, ter melhor qualidade de vida e dar sentido e significado à sua existência e à sua experiência com o fim da vida ( DINIZ; LEITE, 2019; MELLO, 2013).

O estudo de Tarakeshwa *et al.* (2006) apresenta a compreensão sobre qualidade de vida tendo relação a um maior aproveitamento do coping religioso espiritual mediante quadros de depressão. Essa utilização do coping religioso espiritual é percebida como modo de proteção quando correlacionado a comportamentos positivos adotadas pelo sujeito, ocasionando bem-estar espiritual (BALBONI *et al.*, 2007; GOBATTO; ARAUJO, 2010). A literatura apresenta que a forma que os idosos, em estados depressivos encaram a situação, por meio do CRE, é percebido como apoio psicológico e remissão de sintomas depressivos (KOENIG *et al.*, 1998). O CRE positivo estabelece pensamentos e sentimentos mais conscientes sobre seus estados de vida, o entendimento de problemas de saúde decorrentes do processo de envelhecimento e desgastes ao longo de sua trajetória, proporcionando sentidos e significados mais saudáveis diante de sua existência (DUARTE; WANDERLEY, 2011; SOUZA *et al.*, 2015).

É importante ressaltar que diversos estudos apresentam o coping religioso espiritual tendo relações com estados positivos e negativos (FOLKMAN *et al.*, 1986; GUILHERME; CARVALHO, 2011; BRITO *et al.*, 2016). Essa classificação varia de acordo com o modo em que o sujeito escolhe manejar o coping. Nesse sentido, é avaliada a forma como o sujeito percebe situações estressoras e como se comporta, e o nível que estas atitudes estabelecem resultados e efeitos satisfatórios para o bem estar do sujeito. O CRE negativo está associado a contestar a existência de Deus mediante situações adversas da vida, responsabilizando-o por estes eventos, sendo percebido como punição, acarretando sentimentos de insatisfações e rejeição (PARGAMENT *et al.*, 2000).

De modo geral, os estudos apresentam a experiência da religiosidade e espiritualidade associada a melhora na qualidade de vida dos idosos, por proporcionar estados de maior bem-estar espiritual, tranquilidade consigo mesmo e com o meio que o cerca (SOUSA *et al.*, 2001; DUARTE *et al.*, 2008; DINIZ; LEITE, 2019). Estes por sua vez, aderem em maior proporção as práticas e rituais, por se sentirem confortáveis e obterem em algum nível controle sobre a vida por meio da oração, estilos de vida mais saudáveis com a criação de estados emocionais positivos e redução do estresse, reflexões sobre a finitude da vida, a obtenção de suporte

social, recursos para enfrentamento de situações adversas e sentido para a vida (FORTUNATO; SIMÕES, 2010; VITORINO; VIANNA, 2012).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho se propôs, como objetivo geral, compreender a influência da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da depressão em idosos. Para isso, como método de pesquisa foi realizado uma revisão de literatura sobre as definições acerca da depressão; os tipos de coping religioso espiritual; o processo de envelhecimento e as alterações decorrentes, dentre elas, os casos de depressão nessa fase; e por fim foi analisado a relação do coping religioso espiritual em pessoas idosas com depressão. A importância desse estudo proporciona uma ampliação no conhecimento sobre o tema em questão, a partir das informações apresentadas acerca do Coping Religioso/Espiritual em casos de depressão em idosos.

A compreensão trazida pelos autores citados ao longo dessa produção, com relação ao envelhecimento como um processo que exige transformações de caráter emocional e afetivo para a construção de uma visão de mundo num processo de desenvolvimento que tende a findar em um tempo próximo, nos ajuda a entender que esta experiência oportuniza a intensificação das questões espirituais, uma vez que, a religiosidade e a espiritualidade vivenciada de forma positiva, tem possibilitado aos seres humanos se sentirem mais capacitados para lidar com o que é impossível, como por exemplo os enigmas que envolvem o princípio e o fim das coisas.

São diversas as evidências de que a espiritualidade e a vivência religiosa contribui, em maior proporção, de forma positiva na vida dos sujeitos. E isso está relacionado a estratégias para superar problemas de saúde, como medida de sentido e significado à vida, a busca de sentimentos e pensamentos positivos diante de situações difíceis, o autocontrole e controle em alguma medida de situações externas e estressoras, como estratégia de proteção, apoio, suporte, refúgio, estabilidade, ajustamento e adaptação. É evidenciado que por meio dessa vivência, os sujeitos manifestam uma maior facilidade para encarar determinadas situações da vida, por proporcionar conforto e bem estar, um caminho para aliviar a dor e o sofrimento.

As contribuições da espiritualidade e religiosidade como estratégia de coping mediante estados de depressão em pessoas idosas, são apresentadas como rede de apoio em todos os âmbitos da vida do sujeito, que auxilia na construção de sentidos e significados ao sofrimento decorrente desse estado e comorbidades advindas, favorecendo na facilitação do processo de

recuperação da saúde. Nesse sentido, os estudos mostram que os efeitos do CRE positivo estão relacionados em maior nível, ao engajamento do sujeito, quanto ao depósito de sua confiança e esperança em quem se crer, e determinadas práticas adotadas a partir disso.

Dito isto, a literatura traz a importância de se compreender que a partir da experiência da espiritualidade e religiosidade, em diferentes situações da vida, é manifestada com conhecimento e percepção subjetiva. Quanto a isso, pesquisas apontam para o cuidado em perceber até que ponto o CRE está sendo utilizada de forma positiva para o bem estar do sujeito. É denotado que o sentido do coping não se relaciona unicamente a estratégias de luta, de enfrentamento, de superação e aceitação das situações adversas, mas compreende também comportamentos de esquiva e fuga, rejeição e negação dos problemas. Nesse sentido, o CRE negativo também é apresentado na literatura, e os efeitos deste deve ser levando em conta por gerar sérios resultados na qualidade de vida do sujeito e em suas respostas a eventos difíceis da vida.

De modo geral, os estudos sobre o coping religioso-espiritual indicou relevância e importância em sua utilização como estratégia de enfrentamento de eventos estressores, entre outras consequências no contexto da Saúde, e quanto ao enfrentamento de doenças crônicas e tratamentos realizados. Desse modo, é relevante compreender a importância de se ter habilidade no manejo profissional, e conhecimento aprofundado sobre a eficácia e ineficácia das diferentes formas que se utilizam o coping, nesse caso religioso espiritual, em casos de enfermidades.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, A. T. **Dicionário moderno da língua portuguesa**. São Paulo: Edições Úteis, 1956.
- ALVES, R. **A Empresa da Cura Divina: um Fenômeno Religioso**. In E. E. Vale & J. J. Queiroz (org.). *A Cultura do Povo*. São Paulo: Cortez e Moraes & EDUC, pp.111-117, 1979.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTONIAZZI, A. S., DELL'AGLIO, D. D., BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 3, n. 2, pág. 273-294, dezembro de 1998.
- ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, 18 (2), 89-98, 2006b.

BALBONI, T.A., VANDERWERKER, L.C., BLOCK, S.D., PAULK, M.E., LATHAN, C.S., PETEET, J.R.; PRIGERSON, H.G. Religiosidade e apoio espiritual entre pacientes com câncer avançado e associações com preferências de tratamento de fim de vida e qualidade de vida. **Journal of Clinical Oncology**, 25(5), 555-560, 2007.

BAPTISTA, M. N. Avaliando "depressões": dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 17, n. 3, p. 301-310, 2018.

BALTES, P. B.; SMITH, J. **Psicologia do tempo de vida: do contextualismo do desenvolvimento ao co-construtivismo biocultural do desenvolvimento**. Research in Human Development, 1, 123–144, 2004.

BALTES, P. B; SMITH, J. **Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade**. A Terceira Idade, 17(36), 7-31, 2006.

BODNER, E. **Sobre as origens do preconceito de idade entre adultos mais velhos e mais jovens**. International Psychogeriatrics, 21 (6), 1003-1014, 2009.

BOING, A F; MELO, G R; BOING, A C; MORETTI-PIRES; R O; PERES, K G; PERES, M A. Associação da depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 617-623, 2012.

BRITO, H. L., SEIDL, E. M. F., COSTA-NETO, S. B. **Coping religioso de pessoas em psicoterapia: um estudo preliminar**. Contextos Clínicos, 9(2), 202-215, 2016.

BROMET, E. et al. **Epidemiologia transnacional do episódio depressivo maior do DSM IV**. BMC Med, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.

CALVETTI, P. U., MULLER, M. C., NUNES, M. L. T. Psicologia da saúde e psicologia positiva: Perspectivas e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 27(4), 706-717, 2007.

CAPITÃO, C.G. MESQUITA, L.M. A depressão em trabalhadores de uma frente de trabalho. Santa Catarina: **Revista de Psicologia da UNC**, 2005.

CARONE, D.A. JR.; BARONE, D.F. Uma perspectiva social cognitiva sobre as crenças religiosas: suas funções e impacto no enfrentamento e psicoterapia. **Clin Psychol Rev** 21(7):989-1003, 2001.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p. 268-273, 2011.

CARVER, C.S.; SCHEIER, M.F.; WEINTRAUB, J.K. **Avaliando estratégias de enfrentamento: uma abordagem baseada na teoria**. J Pers Soc Psychol 56:267-83, 1989.

CERQUEIRA-SANTOS, E. KOLLER, S. H. PEREIRA, M. T. L. N. Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 82-91, set. 2004.

COSTA PEREIRA, M.E. Psicopatologia Fundamental e Psiquiatria. In: Queiroz E.F.Q.; Silva R.R. (orgs.). **Pesquisa em Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, pp.27-50, 2002.

DARDENGO, C. F. R. MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, 18(2), 2019.

DEBERT, G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Fapesp, 1999.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 21, supl. 1, pág. 06-11, maio de 1999.

DINIZ E E C S; LEITE, S D L. **A influência da espiritualidade para a saúde do idoso**. Anais VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, Campina Grande: Realize Editora, 2019.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-32, 2012.

DUARTE F M; WANDERLEY KS. Religião e espiritualidade de idosos residentes em enfermaria de geriatria. **Psic. Teor Pesq.** ;27(1):49-53. Portuguese, 2011.

DUARTE Y A O; LEBRÃO, M L; TUONO V L; LAURENTI, R. **Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo**. Saúde Coletiva, ano/vol. 5, número 024 Editorial Bolina São Paulo, Brasil pp. 173-177, 2008.

DUALIBI, K.; SILVA, A. S. M.; MODESTO, B. Como diagnosticar e tratar depressão. **Rev. Bras. Med.**, v. 70, p. 6-13, 2013.

FÉDIDA, P. **A Clínica da Depressão: Questões Atuais**. In: Berlinck, M. T. Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, pp. 73-93, 2000.

FOLKMAN, S. LAZARUS, R. S. Uma análise de enfrentamento em uma amostra da comunidade de meia-idade. **Jornal de saúde e comportamento social** 21, 219- 239, 1980.

FOLKMAN, S. LAZARUS, R. S. **Estresse, avaliação e enfrentamento**. New York: Springer, 1984.

FOLKMAN, S; LAZARUS, R. S.; GRUEN, R. J.; DELONGIS, A. **Avaliação, enfrentamento, estado de saúde e sintomas psicológicos**. Journal of Personality and Social Psychology, 50(3), 571–579, 1986.

FORLENZA, O. V; ALMEIDA, O. P. **Depressão e Demência no Idoso – Tratamento Psicológico e Farmacológico**. São Paulo: Lemos, 1997.

FORTUNATO, P.J; SIMOES.F. **Envelhecer bem: Um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade**. Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2010.

FREIRE M E M; VASCONCELOS M F; SILVA T N S; OLIVEIRA K L. **Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar**. Res: fundam care online. abr/jun; 9 (2), 356-362, 2017.

FREITAS, E.V, *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GAARDER, J. **O Livro das Religiões**. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

GAARDER, J. HELLERN, V. NOTAKER, H. E. **O livro das religiões**. São Paulo: Cia das Letras, 2005.

GOBATTO, C A; ARAUJO, T C C F. Coping religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 52-63, jun. 2010.

GUILHERME, C.; CARVALHO, E. C. Angústia espiritual em pacientes com câncer: intervenções de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, 5(2), 290-294, 2011.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral 1: Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenológica**. São Paulo: Atheneu, 1978.

KOENIG, H.G. Religião e Medicina II: Religião, saúde mental e comportamentos relacionados. **Int J Psychiatry Med** 31(1):97-109, 2001a.

KOENIG, H.G. - Religião e Medicina III: desenvolvendo um modelo teórico. **Int J Psychiatry Med** 31(2):199-216, 2001b.

KOENIG, H.G.; COHEN, H.J.; BLAZER, D.G.; KUDLER, H.S.; KRISHNAN, K.R.R.; SIBERT, T.E. **Enfrentamento religioso e sintomas cognitivos de depressão em pacientes idosos**. *Psychosomatics* 36(4):369-375, 1995.

KOENIG, H.G.; GEORGE, L.K; PETERSON, B.L. Religiosidade e remissão da depressão em pacientes idosos com doenças clínicas. **American Journal of Psychiatry**, 155, 536-542, 1998.

KOENIG, H G. O'CONNOR, C. GUARISCO, S. ZABEL, M. FORD, S. Transtorno depressivo em pacientes idosos internados em serviços de medicina geral e cardiologia em um hospital privado. **Am J Geriatr Psychiatry**, 1: 197-210, 1993.

KOENIG, H.G. - Religião e Medicina IV: religião, saúde física e implicações clínicas. **Int J Psychiatry Med** 31(3):321-336, 2001c.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEAL M C C; APÓSTOLO J L A; MENDES A M O C; MARQUES A P O. **Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados**. *Acta Paul Enferm.* 27(3):208-14, 2014.

- LIMA, A M M; SILVA, H S; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface**, 12(27), 795-807, 2008.
- LUCCHESI, F; MACEDO, P C M; MARCO, Mario Alfredo De. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-30, jun. 2008.
- PAIS, J. M; BLASS, L. M S. **Tribos urbanas: Produção artística e identidades**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais/Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2004.
- MCINTOSH, D.; SILVER, R.C.; WORTMAN, C.B. **O papel da religião no ajuste a um evento negativo da vida: lidar com a perda de um filho**. *J Pers Soc Psychol* 65:812-821, 1993.
- MELLO, J. G; GRESELE A D P; MARIA C M; FEDOSSE, E. Subjetividade e institucionalização no discurso de idosas. São Paulo, **SP: Distúrb Comun**, 2013.
- MENEZES C; OLIVEIRA V R C; MENEZES R L. Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. **Revista Movimenta**, v. 3, n. 2, 2010.
- MENEZES R R; KAMEO S Y; VALENÇA T S; MOCÓ G A A; SANTOS J M J. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer. **Rev Bra Cancero**. 64(1): 9-17, 2018.
- MONTEIRO, D M R. **Depressão e Envelhecimento Saídas Criativas**. Rio de Janeiro. Revinter, 2002.
- MOSSEY J M; KNOTT K; CRAIK R. **Os efeitos dos sintomas depressivos persistentes na recuperação de fratura de quadril**. *J Gerontol*; 45: M163 – M168, 1990.
- NERI, A. L. (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Átomo-Alínea, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Genebra, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde pública ação para prevenção de suicídio**. Genebra, 2012.
- PAIVA, G. J. AIDS, psicologia e religião: O estado da questão na literatura psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 14(1), 27-34, 1998.
- PALÁCIOS, J. **Mudança e Desenvolvimento Durante a Idade Adulta e a Velhice**. Em C. Coll, J. Palacios, & A. Marchesi. *Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva Vol.1 2a .Ed*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PANZINI, R. G; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, 34(1), 126-135, 2007.

PAPALIA, D.E., FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PARGAMENT, K. I. **Deus me ajude: em direção a um quadro teórico de enfrentamento para a psicologia da religião**. Research in the Scientific Study of Religion, 2, 195-224, 1990.

PARGAMENT, K. I., ENSING, D. S., FALGOUT, K., OLSEN, H., REILLY, B., HAITSMAN, K. V., WARREN, R. **A psicologia da religião e enfrentamento: teoria, pesquisa e prática**. Nova York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I., KENNEL, J., HATHAWAY, W., GREVENGOED, N., NEWMAN, T. JONES, W. **Religião e processo de resolução de problemas: três estilos de enfrentamento**. Journal for the Scientific Study of Religion, 27(1), 90-104, 1998.

PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G., PERES, L. M. **Os vários métodos de enfrentamento religioso: desenvolvimento e validação inicial do RCOPE**. Journal of Clinical Psychology, 56(4), 519-5423, 2000.

PARIKH, R. ROBINSON, R.G. LIPSEY, JR. STARKSTEIN, S. FEDOROFF, J. PRICE, T R. O impacto da depressão pós-AVC na recuperação nas atividades da vida diária ao longo de um acompanhamento de 2 anos. **Arch Neurology**; 47: 785-789, 1990.

PERES, J. F. P., SIMAO, M. J. P., NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. **Rev. psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, pág. 136-145, 2007.

RAZZOUK, D. Capital mental, custos indiretos e saúde mental. In: Razzouk D, Lima M, Quirino C, editores. **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; p. 61-70, 2016.

RAZZOUK, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 845-848, dez. 2016.

RAZZOUK D. ALVAREZ C. MARI J. **O impacto econômico e o custo social da depressão**. In: Lacerda A, Quarantini L, Miranda-Scrippa A, DelPorto J, editors. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed; p. 27-37, 2009.

REGIER, D A; BOYD, J H; BURKE, J D JR; RAE, D S; MYERS, J K; KRAMER, M; ROBINS, L N; GEORGE, L K; KARNO, M; LOCKE, B Z. Prevalência de transtornos mentais em um mês nos Estados Unidos: com base em cinco locais da Área de Captação Epidemiológica. **Arch Gen Psychiatry**; 45: 977-986, 1988.

RIMM, E. B. STAMPFER, M. J. **Dieta, estilo de vida e longevidade - os próximos passos?** Journal of the American Heart Association, v. 292, n. 12, p. 1490-1492, 2004.

SAXENA, S. **Organização mundial da saúde (OMS)**. Disponível em: [www.who.int/research/es/](http://www.who.int/research/es/). Acesso em: 13 nov. de 2017.

SAURI, J.J. **O que é diagnosticar em Psiquiatria**. São Paulo: Escuta, 2001.



SIEGEL, K.; ANDERMAN, S.J.; SCHRIMSHAW, E.W. **Religião e enfrentamento do estresse relacionado à saúde.** *Psychology and Health* 16(6):631-653, 2001.

SOUSA, P.L.R.; TILLMANN, I.A.; HORTA C.L.; OLIVEIRA, F.M. **A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte.** *Psiquiatria na Prática Médica*, 34 (4), 112-117, 2001.

SOUZA V M; FRIZZO H C F; PAIVA M H P; BOUSSO R S; SANTOS AS. Espiritualidade, religião e crenças pessoais de adolescentes com câncer. **Rev Bras Enferm.** Oct;68(5):791-6, 2015.

TARAKESHWAR, N.; VANDERWERKER, L. C.; PAULK, E.; PEARCE, M. J.; KASL, S. V.; PRIGERSON, H. G. O enfrentamento religioso está associado à qualidade de vida de pacientes com câncer avançado. **Journal of Palliative Medicine.** 9(3), 646-657, 2006.

TIX, A.P.; FRAZIER, P.A. **O uso de coping religioso durante eventos de vida estressantes: efeitos principais, moderação e mediação.** *J Consult Clin Psychol* 66(2): 411-422, 1998.

UCHÔA E; FIRMO J O A; LIMA COSTA M F F. **Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural.** In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz, p.25-35, 2002.

VITORINO, L.M. VIANNA, L.A.C. **Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados.** *Acta Paul Enferm.*25 (Número Especial 1):136-42. 2012.

VOLCAN, M. A.; SOUSA, P. L. R.; MARI, J. J.; HORTA, B. L. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, 37 (4), 440-445, 2003.

WHITBOURNE, S. K. **Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos** [recurso eletrônico]/ Susan Krauss Whitbourne, Richard P. Halgin; tradução: Maria Cristina G. Monteiro; revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr., Evelyn Kuczynski. – 7. ed. – Porto Alegre: AMGH, 2015.