

Associação entre dimensões da religiosidade e adesão medicamentosa em idosos brasileiros

Association between dimensions of religiosity and medication adherence among Brazilian older adults

Asociación entre dimensiones de la religiosidad y adhesión medicamentosa en adultos mayores brasileños

Pedro Henrique Soares Silva¹ , Maria Vitoria Cordeiro Vieira¹ , Lucas Aur Pazetto¹ , Mariana de Vasconcellos Nascimento¹ , Larissa Helena Sacheto Abdo¹ , Mariana Lima de Moura¹ , Kaio Henrique Correa Massa¹ 

¹Universidade Anhembi Morumbi – São Paulo (SP), Brasil.

Resumo

Introdução: A adesão ao tratamento medicamentoso em idosos é influenciada por múltiplos fatores, incluindo aspectos socioculturais. A religiosidade pode desempenhar papel relevante nesse contexto, porém ainda há escassez de evidências no cenário brasileiro. **Objetivo:** Analisar a associação entre religiosidade e adesão ao tratamento medicamentoso em idosos brasileiros. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal quantitativo que analisou a associação entre religiosidade e adesão ao tratamento medicamentoso. A religiosidade foi avaliada pelo Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) nas dimensões organizacional, não organizacional e intrínseca, enquanto a adesão medicamentosa foi mensurada pelo teste de Morisky-Green e categorizada em baixa, média e alta. Foram coletadas, também, informações sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil), de estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool) e dados de saúde (doenças crônicas e uso de medicamentos). Modelos de regressão logística ajustados foram aplicados para analisar as associações entre cada dimensão da religiosidade e adesão medicamentosa. **Resultados:** A amostra totalizou 153 indivíduos com 60 anos ou mais, predominantemente do sexo feminino (66%) e majoritariamente composta por idosos entre 60–69 anos (51,6%). A maior prevalência foi observada para a religiosidade intrínseca (88,9%), seguida pela não organizacional (86,3%) e organizacional (39,9%). Predominaram as categorias baixa e média adesão (88,9%), sendo que 64% dos participantes relataram esquecimento no uso dos medicamentos. A religiosidade organizacional associou-se significativamente a maior adesão medicamentosa (OR=2,54; IC95% 1,16–5,58) e menor prevalência de tabagismo. Mulheres apresentaram maior religiosidade em todas as dimensões. **Conclusões:** Os achados indicam que dimensões específicas da religiosidade influenciam positivamente a adesão ao tratamento medicamentoso em idosos, ressaltando a relevância da incorporação de aspectos espirituais na abordagem clínica para melhorar os resultados terapêuticos dessa população.

Palavras-chave: Adesão à medicação; Idosos; Doenças crônicas.

Autor correspondente:

Kaio Henrique Correa Massa

E-mail: kaio.massa@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

sim.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Editor Associado:

Carlos Campos

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 29/12/2025.

Aprovado em: 11/03/2026.

Como citar: Silva PHS, Vieira MVC, Pazetto LA, Nascimento MV, Abdo LHS, Moura ML, et al. Associação entre dimensões da religiosidade e adesão medicamentosa em idosos brasileiros. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):5206. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)5206](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)5206)



Abstract

Introduction: Medication adherence in older adults is influenced by multiple factors, including sociocultural aspects. Religiosity may play a relevant role in this context; however, evidence in the Brazilian setting remains limited. **Objective:** To analyze the association between religiosity and medication adherence among Brazilian older adults. **Methods:** This cross-sectional quantitative study examined the association between religiosity and medication adherence in 153 individuals aged 60 years or older. Religiosity was assessed using the Duke University Religiosity Index (DUREL) across organizational (OR), non-organizational (NOR), and intrinsic (IR) dimensions, while medication adherence was measured by the Morisky-Green Test and categorized as low, medium, or high. Sociodemographic (sex, age, education, marital status), lifestyle factors (smoking, alcohol consumption), and health data (chronic diseases, medication use) were also collected. Adjusted logistic regression models were used to analyze associations between each religiosity dimension and medication adherence. **Results:** The sample comprised 153 individuals, predominantly female (66%) and mostly aged 60–69 years (51.6%). Intrinsic religiosity showed the highest prevalence (88.9%), followed by non-organizational (86.3%) and organizational religiosity (39.9%). Low and medium adherence predominated (88.9%), with 64% reporting medication forgetfulness. Organizational religiosity was significantly associated with higher medication adherence (OR=2.54; 95%CI 1.16–5.58) and lower smoking prevalence. Women exhibited greater religiosity across all dimensions. **Conclusion:** Specific religiosity dimensions positively influence medication adherence in older adults, highlighting the relevance of incorporating spiritual aspects into clinical approaches to improve therapeutic outcomes in this population.

Keywords: Medication adherence; Aged; Chronic diseases.

Resumen

Introducción: La adherencia al tratamiento medicamentoso en personas mayores está influenciada por múltiples factores, incluidos aspectos socioculturales. La religiosidad puede desempeñar un papel relevante en este contexto; sin embargo, aún existe escasez de evidencia en el escenario brasileño. **Objetivo:** Analizar la asociación entre religiosidad y adhesión al tratamiento medicamentoso en adultos mayores brasileños. **Métodos:** Estudio transversal cuantitativo que analizó la asociación entre religiosidad y adhesión al tratamiento medicamentoso. La religiosidad fue evaluada mediante el Índice de Religiosidad de la Universidad de Duke (DUREL) en las dimensiones organizacional (RO), no organizacional (RNO) e intrínseca (RI), mientras que la adhesión medicamentosa fue medida por el Test de Morisky-Green y categorizada en baja, media y alta. También se recogió información sociodemográfica (sexo, edad, escolaridad, estado civil), estilo de vida (tabaquismo, consumo de alcohol) y datos de salud (enfermedades crónicas y uso de medicamentos). Se aplicaron modelos de regresión logística ajustados para analizar las asociaciones entre cada dimensión de la religiosidad y adhesión medicamentosa. **Resultados:** La muestra totalizó 153 individuos de 60 años o más, predominantemente del sexo femenino (66%) y mayoritariamente compuesta por adultos mayores entre 60–69 años (51,6%). La mayor prevalencia se observó para la religiosidad intrínseca (88,9%), seguida por la no organizacional (86,3%) y organizacional (39,9%). Predominaron las categorías de baja y media adhesión (88,9%), siendo que el 64% de los participantes reportaron olvido en el uso de los medicamentos. La religiosidad organizacional se asoció significativamente con mayor adhesión medicamentosa (OR=2,54; IC95% 1,16–5,58) y menor prevalencia de tabaquismo. Las mujeres presentaron mayor religiosidad en todas las dimensiones. **Conclusiones:** Los hallazgos indican que dimensiones específicas de la religiosidad influyen positivamente en la adhesión al tratamiento medicamentoso en adultos mayores, resaltando la relevancia de la incorporación de aspectos espirituales en el abordaje clínico para mejorar los resultados terapéuticos de esta población.

Palabras clave: Adhesión a la medicación; Anciano; Enfermedades crónicas.

INTRODUÇÃO

Religião refere-se a um sistema organizado de crenças, práticas, símbolos e rituais compartilhados por uma comunidade, geralmente estruturado institucionalmente. Religiosidade, por sua vez, diz respeito ao grau de envolvimento individual com crenças e práticas religiosas, podendo se expressar em dimensões organizacional (participação em cultos ou atividades religiosas), não organizacional (práticas privadas, como orações) e intrínseca (internalização pessoal das crenças). Já a espiritualidade constitui um constructo mais amplo, relacionado à busca individual por sentido, propósito e conexão com o transcendente, podendo ou não estar vinculada a uma tradição religiosa formal.^{1,2} Religiosidade e espiritualidade têm sido associadas a indicadores de saúde mental, suporte social e estratégias adaptativas de enfrentamento de doenças crônicas, especialmente entre idosos, grupo no qual tais dimensões frequentemente assumem papel central na organização da vida cotidiana e na tomada de decisões relacionadas à saúde. Estudos nacionais também destacam a importância da religiosidade e espiritualidade no cuidado da saúde e no impacto positivo na vida de pessoas com doenças crônicas.^{3,4}

Segundo o Censo 2022,⁵ cerca de 90% da população brasileira se declara religiosa, sendo os católicos e evangélicos os grupos mais prevalentes, correspondendo a 56,7 e 26,9%, respectivamente. Destaca-se, ainda, que 90% dos brasileiros acreditam que suas crenças lhes permitem superar desafios e crises, tais como doenças, desastres e conflitos.^{6,7}

Religião e espiritualidade, embora distintos, exercem impacto significativo na qualidade de vida e têm sido progressivamente investigadas devido à sua influência na eficácia terapêutica e no enfrentamento de enfermidades.^{1,7} A religiosidade pode fortalecer o tratamento, pois crenças e práticas religiosas costumam oferecer conforto e esperança ao paciente, favorecendo a adesão aos protocolos estabelecidos pelos profissionais de saúde.⁷ Em contrapartida, para indivíduos sem práticas religiosas, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como acupuntura, fitoterapia e reiki, têm sido incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2006,⁸ buscando promover o bem-estar físico e psíquico. Essas práticas também se mostraram efetivas na redução de efeitos adversos a medicamentos, depressão, ansiedade, dor crônica e distúrbios do sono.^{9,10}

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), idosos representam 14,7% da população brasileira.¹¹ Destes, mais de 75% convivem com pelo menos uma doença crônica não transmissível, como hipertensão arterial, diabetes ou câncer.¹² O manejo dessas condições geralmente requer uso contínuo de medicamentos, tornando fundamental a adesão ao tratamento para estabilização e manutenção da saúde.^{7,13} No entanto, evidências provenientes de inquéritos populacionais nacionais indicam que entre 30 e 50% dos indivíduos com doenças crônicas apresentam algum grau de não adesão ao tratamento medicamentoso, inclusive entre idosos, configurando importante desafio para o controle clínico e a prevenção de complicações.^{14,15}

Apesar do envelhecimento populacional acelerado e da elevada prevalência de religiosidade no Brasil, há escassez de estudos nacionais que explorem a relação entre religiosidade e adesão ao tratamento medicamentoso em idosos brasileiros. Grande parte das pesquisas concentra-se em populações de outros países, desconsiderando as especificidades culturais, sociais e religiosas do contexto brasileiro, que podem influenciar o comportamento terapêutico. Dessa forma, compreende-se que investigações realizadas no cenário nacional são essenciais para orientar estratégias de cuidado que incorporem aspectos culturais e espirituais para promover maior adesão medicamentosa e saúde integral dos idosos. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre religiosidade e adesão ao tratamento medicamentoso em idosos brasileiros.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal quantitativo realizado com amostra de conveniência. A coleta de dados ocorreu entre março e julho de 2025, envolvendo 153 participantes atendidos em consultório de um Centro Integrado de Saúde (CIS) no município de São Paulo, Brasil.

O tamanho amostral foi estimado com base em estudo brasileiro que avaliou a associação entre religiosidade organizacional e adesão terapêutica em idosos hipertensos, apresentando Razão de Chances (OR) de aproximadamente 2,0.¹³ Essa magnitude é compatível com achados internacionais que indicam associação moderada entre religiosidade/espiritualidade e comportamentos de saúde, incluindo adesão terapêutica.^{1,16} Considerando-se como efeito mínimo relevante uma associação de magnitude semelhante (OR≈2,0), adotou-se nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%. O cálculo indicou tamanho mínimo de 140 participantes.

Foram incluídas pessoas idosas em uso contínuo de pelo menos um medicamento e que consentiram participar da pesquisa. Foram excluídos indivíduos com incapacidade cognitiva ou comunicativa que impossibilitasse a participação, bem como aqueles que recusaram o consentimento.

A adesão ao tratamento medicamentoso foi avaliada pelo teste de Morisky-Green,¹⁷ questionário validado e amplamente utilizado na área da saúde para mensurar o comportamento terapêutico do paciente. O instrumento contém quatro perguntas de resposta fechada, que verificam aspectos como esquecimento, descuido e interrupção voluntária da medicação, classificando a adesão em baixa (0–1 pontos), média (2–3 pontos) e alta (4 pontos).

A religiosidade dos participantes foi avaliada por meio do Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL), ferramenta validada e aplicada em pesquisas na área da saúde.¹⁸ O DUREL é composto por cinco itens que proporcionam uma avaliação abrangente da experiência religiosa dos indivíduos e mensura dimensões da religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca.^{12,19}

Também foram coletadas informações sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil) e dados sobre hábitos de vida (consumo de álcool, tabagismo), além do autorrelato de doenças crônicas (hipertensão, diabetes) e número total de medicamentos utilizados — categorizando-se a polifarmácia segundo o critério de uso de cinco ou mais medicamentos.²⁰

As entrevistas foram conduzidas individualmente por entrevistadores treinados em ambiente reservado no CIS, assegurando o anonimato e a confidencialidade das informações.

A variável dependente foi a religiosidade avaliada em três dimensões: organizacional, não organizacional e intrínseca, respectivamente relacionadas a práticas religiosas organizadas, atividades religiosas privadas e crenças pessoais.

As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas, hábitos de vida e adesão medicamentosa. A idade foi categorizada em faixas etárias (60 a 69, 70 a 79, e 80 anos ou mais). A escolaridade foi agrupada conforme o maior nível de instrução completo, e o estado civil classificado em presença ou ausência de companhia conjugal.

Os hábitos de vida avaliados foram consumo de álcool e tabagismo, autorreferidos pelos participantes. Foram também consideradas as condições crônicas hipertensão e diabetes e o número de medicamentos em uso, classificando-se a polifarmácia conforme definido anteriormente. A adesão medicamentosa, medida pelo teste de Morisky-Green, foi categorizada em baixa, moderada e alta.

A análise exploratória dos dados contemplou a descrição das variáveis por frequências absolutas e relativas. As associações bivariadas entre as dimensões da religiosidade e variáveis sociodemográficas e de estilo de vida foram avaliadas pelo teste qui-quadrado de Pearson.

A associação entre religiosidade e adesão medicamentosa foi analisada separadamente para cada dimensão da religiosidade, utilizando modelos de regressão logística. As análises foram ajustadas para características sociodemográficas e variáveis de estilo de vida que apresentaram associação estatisticamente significativa nas análises bivariadas, adotando método *stepwise forward* e verificando multicolinearidade ($VIF < 5$). O nível de significância estabelecido foi de 5% para todos os testes.

O tratamento dos dados e todas as análises realizadas utilizaram o software *Stata V14.2* (*Stata Corporation, College Station, Texas, EUA, 2017*).²¹

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Anhembi Morumbi, sob parecer n.º 7.275.667 e CAAE n.º 84144824.0.0000.5492. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da inclusão, garantindo o respeito à privacidade e à confidencialidade das informações obtidas.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 153 idosos, com predominância do sexo feminino (66%). A distribuição etária indicou que a maior proporção dos participantes encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos (51,6%), seguida pelos grupos de 70 a 79 (37,9%) e 80 anos ou mais (10,5%). Em relação à escolaridade, 26,1% não concluíram o ensino fundamental e 33,3% apresentaram ensino médio completo. A maioria dos idosos referiu viver com companheiro (56,2%), enquanto a viuvez foi a condição predominante entre os que não tinham companheiro (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo características demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida, presença de doenças, uso e adesão medicamentosa (n=153). Município de São Paulo, Brasil, 2025.

	n	%
Sexo		
Masculino	52	34,0
Feminino	101	66,0
Faixa etária		
60–69 anos	79	51,6
70–79 anos	58	37,9
80 anos e mais	16	10,4
Escolaridade		
Fundamental incompleto	40	26,1
Fundamental completo	37	24,2
Médio completo	51	33,3
Superior completo	25	16,3
Estado marital		
Sem companheiro	67	43,8
Com companheiro	86	56,2
Etilismo		
Sim	12	7,8
Não	141	92,2
Tabagismo		
Sim	28	18,3
Não	125	81,7
Presença de hipertensão		
Sim	105	68,6
Não	48	31,4
Presença de diabetes		
Sim	60	39,2
Não	93	60,8
Número de medicamentos utilizados		
1	14	9,1
2	30	19,6
3	24	15,7
4	20	13,1
>=5	65	42,5
Polifarmácia		
Sim	65	42,5
Não	88	57,5

A análise do estilo de vida indicou que 92,2% dos idosos não consumiam bebidas alcoólicas, enquanto 81,7% não eram tabagistas. Histórico familiar de doenças crônicas foi informado por 69,7%, destacando hipertensão arterial sistêmica (68,6%) e diabetes mellitus (39,2%) como as mais frequentes. A polifarmácia foi identificada em 42,5% da amostra, predominando o uso de dois ou mais medicamentos (Tabela 1).

Em relação à adesão medicamentosa, 43,1% dos idosos apresentaram baixa adesão; 45,7%, adesão moderada; e apenas 11,1%, alta adesão ao tratamento. O esquecimento foi relatado por 64% dos participantes, enquanto 49% admitiram descuidos nos horários de medicação. A interrupção voluntária da medicação ocorreu em 34% dos casos ao se sentirem melhor, e em 27% ao se sentirem pior (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo adesão medicamentosa de acordo com o teste de Morisky-Green (n=153). Município de São Paulo, Brasil, 2025.

	n	%
Esqueceu de tomar os medicamentos alguma vez?		
Sim	98	64,0
Não	55	36,0
Foi descuidado com os horários de tomar os medicamentos alguma vez?		
Sim	78	49,0
Não	75	51,0
Deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor alguma vez?		
Sim	52	34,0
Não	101	66,0
Deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por iniciativa própria, após se sentir pior alguma vez?		
Sim	41	27,0
Não	112	73,0
Foi informado sobre a importância e o benefício de usar o medicamento?		
Sim	111	91,0
Não	11	9,0
Esquece de repor os medicamentos antes que terminem?		
Sim	26	21,3
Não	96	78,7
Adesão medicamentosa		
Baixa	66	43,1
Média	70	45,7
Alta	17	11,1

O índice *Duke Religious Index* indicou que aproximadamente 40% dos idosos frequentavam encontros religiosos ao menos uma vez na semana, 56,2% praticavam atividades religiosas individuais diariamente, enquanto 95,4% relataram sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo. As prevalências encontradas para as dimensões da religiosidade foram: 39,9% para religiosidade organizacional, 86,3% para religiosidade não organizacional e 88,9% para religiosidade intrínseca (Tabela 3).

Nas análises bivariadas, conduzidas separadamente para cada dimensão da religiosidade, foram observadas associações estatisticamente significativas com variáveis sociodemográficas e hábitos de vida. Para religiosidade organizacional, idosos com 80 anos ou mais participaram menos frequentemente dessas atividades (87,5% não participavam) em comparação a faixas etárias inferiores. Tabagistas também apresentaram menor envolvimento em atividades religiosas organizadas em relação a não tabagistas (Tabela 4).

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo classificação de religiosidade de acordo com o Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL) (n=153). Município de São Paulo, Brasil, 2025.

	n	%
Com que frequência você participa de encontros religiosos?		
Mais do que uma vez por semana	23	15,0
Uma vez por semana	38	24,8
Duas a três vezes por mês	27	17,6
Algumas vezes por ano	28	18,3
Uma vez por ano ou menos	14	9,1
Nunca	23	15,0
Com que frequência você realiza práticas religiosas individuais?		
Mais do que uma vez ao dia	38	24,8
Diariamente	86	56,2
Duas ou mais vezes por semana	6	3,9
Uma vez por semana	2	1,3
Poucas vezes por mês	8	5,2
Raramente ou nunca	13	8,5
Sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).		
Totalmente verdade para mim	127	83,0
Em geral, é verdade	19	12,4
Não estou certo	2	1,3
Em geral, não é verdade	1	0,6
Não é verdade	4	2,6
Minhas crenças religiosas orientam toda a minha vida.		
Totalmente verdade para mim	105	68,6
Em geral, é verdade	27	17,6
Não estou certo	7	4,6
Em geral, não é verdade	8	5,2
Não é verdade	6	3,9
Esforço-me para viver minha religião integralmente.		
Totalmente verdade para mim	90	58,8
Em geral, é verdade	33	21,6
Não estou certo	9	5,9
Em geral, não é verdade	7	4,6
Não é verdade	14	9,1
Presença de religiosidade organizacional		
Não	92	60,1
Sim	61	39,9
Presença de religiosidade não organizacional		
Não	21	13,7
Sim	132	86,3
Presença de religiosidade intrínseca		
Não	17	11,1
Sim	136	88,9

Tabela 4. Análise bivariada da religiosidade segundo as características demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida, presença de doenças, uso e adesão medicamentosa (n=153). Município de São Paulo, Brasil, 2025.

	Religiosidade organizacional			Religiosidade não organizacional			Religiosidade intrínseca		
	Não	Sim	p-valor	Não	Sim	p-valor	Não	Sim	p-valor
Sexo									
Masculino	69,2	30,8	0,099	26,9	73,1	0,001	19,2	80,8	0,022
Feminino	55,4	44,5		6,9	93,1		6,9	93,1	
Faixa etária									
60–69 anos	59,5	40,5	0,048	16,5	83,5	0,584	11,4	88,6	0,518
70–79 anos	53,4	46,5		10,3	89,7		8,5	91,4	
80 anos e mais	87,5	12,5		12,5	87,5		18,7	81,2	
Escolaridade									
Fundamental incompleto	57,5	42,5	0,757	12,5	87,5	0,898	7,5	92,5	0,763
Fundamental completo	67,6	32,4		10,8	89,2		10,8	89,2	
Médio completo	58,8	41,2		15,7	84,3		11,8	88,2	
Superior completo	56,0	44,0		16,0	84,0		16,0	84,0	
Estado marital									
Sem companheiro	65,7	34,3	0,217	7,5	92,5	0,047	11,9	88,1	0,773
Com companheiro	55,8	44,2		18,6	81,4		10,5	89,5	
Etilismo									
Não	60,3	39,7	0,895	12,1	87,9	0,04	9,2	90,8	0,011
Sim	58,3	41,7		33,3	66,7		33,3	66,7	
Tabagismo									
Não	56,0	44,0	0,027	12,0	88,0	0,19	7,2	92,8	0,001
Sim	78,6	21,4		21,4	78,6		28,6	71,4	
Hipertensão arterial									
Não	56,2	43,7	0,507	16,7	83,3	0,475	18,7	81,2	0,042
Sim	61,9	38,1		12,4	87,6		7,6	92,4	
Diabetes									
Não	59,1	40,9	0,755	15,1	84,9	0,552	9,7	90,3	0,482
Sim	61,7	38,3		11,7	88,3		13,3	86,7	
Número de medicamentos utilizados									
1	71,4	28,6	0,575	7,1	92,9	0,616	14,3	85,7	0,534
2	53,3	46,7		10,0	90,0		6,7	93,3	
3	50,0	50,0		20,8	79,2		4,2	95,8	
4	60,0	40,0		20,0	80,0		10,0	90,0	
>= 5	64,6	35,4		12,3	87,7		15,4	84,6	
Polifarmácia									
Não	56,8	43,2	0,33	14,8	85,2	0,661	7,9	92,1	0,148
Sim	64,6	35,4		12,3	87,7		15,4	84,6	
Adesão medicamentosa									
Baixa	69,7	30,3	0,109	7,6	92,4	0,106	7,6	92,4	0,246
Média	52,9	47,1		20,0	80,0		15,7	84,3	
Alta	52,9	47,1		11,8	88,2		5,9	94,1	

Na religiosidade não organizacional, houve maior prevalência entre mulheres (93,1%) em comparação aos homens (73,1%). Idosos sem companheiro apresentaram maior prevalência de religiosidade não organizacional do que aqueles com companheiro. Além disso, não consumidores de álcool apresentaram níveis superiores dessa dimensão religiosa em relação aos consumidores (Tabela 4).

Na religiosidade intrínseca, diferenças significativas foram observadas para sexo, tabagismo e consumo de álcool. Mulheres exibiram maior prevalência (93,1%) do que homens (80,8%). A ausência de tabagismo e o não consumo de álcool foram associados a maior religiosidade intrínseca (Tabela 4).

Nos modelos de regressão logística ajustados para variáveis sociodemográficas e de hábitos de vida, observou-se associação estatisticamente significativa entre religiosidade organizacional e maior adesão medicamentosa (OR=2,54; IC95% 1,16–5,58). Além disso, idosos que vivem com companheiro apresentaram maior chance de religiosidade organizacional (OR=2,40; IC95% 1,09–5,32). Notou-se, ainda, menor probabilidade de religiosidade organizacional entre idosos com 80 anos ou mais (OR=0,20; IC95% 0,05–0,95) e entre tabagistas (OR=0,31; IC95% 0,10–0,91) (Tabela 5).

Tabela 5. Modelos de regressão logística da presença de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca nos idosos segundo características demográficas, socioeconômicas, fatores de risco e adesão medicamentosa (n=153). Município de São Paulo, Brasil, 2025.

	Religiosidade organizacional			Religiosidade não organizacional			Religiosidade intrínseca		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Sexo									
Masculino	1			1			1		
Feminino	3,31	1,43–7,67	0,005	4,32	1,44–12,98	0,009	6,17	1,64–23,18	0,007
Faixa etária									
60–69	1			1			1		
70–79	1,3	0,63–2,69	0,471	1,76	0,59–5,27	0,312	1,16	0,35–3,90	0,804
80 e mais	0,17	0,03–0,91	0,038	0,71	0,11–4,32	0,708	0,25	0,04–1,42	0,118
Escolaridade									
Fundamental incompleto	1			1			1		
Fundamental completo	0,46	0,17–1,31	0,149	1,15	0,26–5,08	0,849	0,54	0,10–2,82	0,446
Médio completo	0,75	0,29–1,88	0,539	0,84	0,22–3,16	0,802	0,45	0,09–2,21	0,329
Superior completo	0,58	0,24–2,19	0,579	0,76	0,16–3,62	0,74	0,29	0,05–1,66	0,164
Estado civil									
Sem companheiro	1			1			1		
Com companheiro	2,4	1,09–5,32	0,029	0,62	0,19–2,03	0,431	2,49	0,69–8,91	0,16
Etilismo									
Não	1			1			1		
Sim	1,83	0,45–7,42	0,339	0,72	0,14–3,68	0,696	0,26	0,05–1,47	0,129
Tabagismo									
Não	1			1			1		
Sim	0,31	0,10–0,91	0,034	0,52	0,14–1,86	0,314	0,22	0,06–0,81	0,022
Adesão medicamentosa									
Baixa	1			1			1		
Média	2,54	1,16–5,58	0,02	0,37	0,12–1,17	0,092	0,52	0,15–1,82	0,307
Alta	2,26	0,67–7,61	0,188	0,79	0,11–5,73	0,821	2,24	0,17–29,25	0,537

Nas demais dimensões, a religiosidade não organizacional foi significativamente maior entre mulheres (OR=4,32; IC95% 1,44–12,98). Para a religiosidade intrínseca, a prevalência também foi mais elevada entre mulheres (OR=6,17; IC95% 1,64–23,18), enquanto o tabagismo esteve associado a menor religiosidade nessa dimensão (OR=0,22; IC95% 0,06–0,81) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam uma associação significativa entre religiosidade e adesão medicamentosa em idosos, especialmente na dimensão organizacional. Um dos aspectos fundamentais que conecta a religiosidade à adesão medicamentosa são o fortalecimento da resiliência e os mecanismos de enfrentamento do paciente diante da doença. Nesse sentido, a religiosidade funciona não apenas como suporte emocional e psicológico, mas também como um importante fator social e comunitário, proporcionando redes de apoio que podem ser determinantes para pacientes isolados ou vulneráveis. Kavvadia et al.²² corroboram essa visão ao evidenciar uma relação positiva entre adesão medicamentosa e religiosidade.

A presença de crenças religiosas, manifestada pelas diferentes formas de religiosidade, pode gerar esperança, sentimentos positivos e otimistas em relação à doença, fazendo com que o paciente lide melhor com os aspectos psicológicos gerados pela enfermidade e gerando um propósito maior para o tratamento.^{23,24} Apesar de não termos observado associação entre religiosidade intrínseca e adesão medicamentosa no presente estudo, Camargo et al.²⁵ relataram maior chance de adesão ao tratamento em hipertensos com elevada religiosidade intrínseca. Nesse sentido, a motivação interna e a importância que a pessoa atribui à fé parecem refletir positivamente nos comportamentos de saúde.

Além da dimensão intrínseca, nossos resultados não identificaram associação significativa entre religiosidade não organizacional e adesão medicamentosa. Em alguns contextos religiosos, a crença na “cura divina” pode representar um obstáculo à adesão medicamentosa, uma vez que o paciente acredita que sua recuperação depende de uma força superior, relegando o tratamento farmacológico a papel secundário.²⁶

A busca por curandeiros e terapias alternativas, comuns principalmente entre pessoas que convivem com doenças graves, pode favorecer a descontinuidade do tratamento convencional.²⁷ Mesmo que não seja verbalizado ou incentivado pelos líderes religiosos, muitos pacientes acreditam que as terapias alternativas e a fé são suficientes para a cura. Roura et al.,²⁷ estudando a prática curativa entre curandeiros, descreveram que orar pelos doentes é uma prática comum, e mais de um terço destes afirmaram que essas orações seriam capazes de curar doenças. Nesse contexto, além do potencial de interrupção do tratamento, mesmo que sem a indicação expressa do líder religioso, a priorização dessas práticas pode atrasar o início do tratamento convencional, aumentando o risco de desfechos adversos e mortalidade.²⁸

Existe também uma parte da população que encara a doença como um “castigo divino”, o que pode levar à busca por terapias integrativas, holísticas, práticas religiosas alternativas ou mesmo não procurar nenhuma forma de tratamento, atribuindo ao sofrimento um significado moral ou espiritual que culmina em sentimento de culpa e autopunição. Dessa maneira, é possível que a pessoa acabe vendo a penitência como uma forma de enfrentar sua condição de saúde.²⁹

Nossos resultados indicam uma presença preponderante de mulheres idosas nas diferentes dimensões de religiosidade. Tal predominância reproduz padrão mundial e pode estar relacionada a

menores taxas de mortalidade e maior prática de autocuidado entre mulheres. Historicamente, as mulheres assumem a responsabilidade pelos cuidados familiares, incluindo filhos e idosos. Em muitas instituições religiosas, existem atividades em grupo voltadas a auxiliar pessoas em situação de vulnerabilidade, como grupos de oração e excursões a locais sagrados. Além de buscarem melhorar sua satisfação com a vida por meio da prática religiosa, a proximidade com a fragilidade de pessoas próximas, muitas vezes, projeta essas mulheres a buscarem conforto espiritual.³⁰

Observou-se menor chance de religiosidade organizacional entre idosos com 80 anos ou mais quando comparados àqueles mais jovens. Conforme envelhece, o indivíduo se depara com a fragilidade em seu próprio corpo e encara a fugacidade do tempo à medida que se aproxima da finitude. Mediante a espiritualidade, é possível encontrar conforto e apoio, superando as perdas e a sensação de incapacidade. Entretanto, o aumento das suscetibilidades a doenças crônicas e incapacitantes em função do envelhecimento pode impedir os idosos, principalmente os longevos, de atender aos cultos e encontros religiosos, o que explicaria a menor proporção de idosos mais velhos apenas na dimensão da religiosidade organizacional.³¹

Nossos achados indicaram que os idosos que vivem com companheiro apresentaram maior probabilidade de religiosidade organizacional. A valorização da vida familiar e do compromisso conjugal é um dogma ou valor semelhante compartilhado por diversas religiões.³² Dessa forma, é possível afirmar que a prática de cultos ou atividades religiosas aumenta a exposição a essas características da doutrina, sendo capaz de fortalecer o companheirismo.³³ Também é possível mencionar uma relação bidirecional para compreender tal associação, ou seja, a religião incentiva a estabilidade conjugal, e a vida em casal estimula o engajamento nas práticas religiosas. Em síntese, o envolvimento religioso organizado oferece sentido, coesão e suporte à vida conjugal, tornando os casais mais propensos à participação comunitária e à vivência da fé de forma ativa.³⁴

A associação observada entre maior religiosidade e menor prevalência de tabagismo é consistente com estudos prévios, que sugerem que a religiosidade está relacionada à internalização de normas contrárias a hábitos nocivos.^{35,36} Essa relação também pode ser explicada por fatores sociais e psicológicos. A participação em comunidades religiosas proporciona maior suporte social, sensação de pertencimento e mecanismos de enfrentamento saudáveis diante do estresse.³⁶ Do ponto de vista psicológico, a religiosidade também está associada a maior senso de propósito, controle interno e esperança, fatores que se relacionam com menor probabilidade de iniciar ou manter o tabagismo.³⁷ É importante destacar que essa relação não implica causalidade direta, uma vez que aspectos como nível socioeconômico, estresse, personalidade e contexto cultural também influenciam o comportamento tabágico.

Este estudo contribui de forma inovadora ao explorar a associação entre as três dimensões específicas da religiosidade (organizacional, não organizacional e intrínseca) e a adesão ao tratamento medicamentoso em idosos brasileiros — tema pouco abordado no contexto brasileiro. Ao identificar que a religiosidade organizacional está significativamente relacionada à adesão medicamentosa, nossos achados reforçam a importância de integrar práticas religiosas e espirituais ao cuidado clínico da população idosa, adicionando um olhar mais abrangente à atenção à saúde.

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiro, a amostra foi selecionada por conveniência, composta por idosos usuários de um único CIS em São Paulo, o que limita a generalização dos achados para outras populações e contextos. Em segundo lugar, o desenho transversal impossibilita a inferência de causalidade nas associações observadas entre religiosidade e adesão medicamentosa, devendo ser interpretadas apenas como associações. Além disso,

a adesão medicamentosa e a religiosidade foram avaliadas por instrumentos autorreferidos, sujeitos a vieses de memória e de desejabilidade social. Por fim, não foram avaliados fatores psicossociais que podem atuar como moderadores ou mediadores nessa relação, como suporte social, estado emocional e grau de independência funcional, os quais poderiam enriquecer a compreensão dos mecanismos subjacentes ao comportamento de adesão medicamentosa. Assim, recomenda-se que estudos futuros adotem desenho longitudinal e amostras multicêntricas representativas para aprofundar o conhecimento sobre os efeitos da religiosidade em diversos contextos culturais e sociais, contribuindo para intervenções mais eficazes junto à população idosa.

CONCLUSÃO

Nossos resultados destacam que a religiosidade, especialmente na dimensão organizacional, exerce papel relevante na adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. O engajamento em instituições religiosas parece favorecer maior confiança no tratamento e uma postura mais receptiva às orientações terapêuticas, efeito mais pronunciado entre mulheres idosas. Entretanto, a fragilidade dos idosos longevos pode restringir sua participação em atividades religiosas coletivas, resultando em menor religiosidade organizacional nesse grupo. A presença de um parceiro mostrou-se associada ao maior envolvimento em práticas religiosas, possivelmente pelo intercâmbio de valores e estímulo à valorização da vida familiar.

Estes achados reforçam a importância de incorporar o componente espiritual e religioso nas práticas de cuidado à saúde, especialmente para a população idosa. Compreender o impacto das diferentes dimensões da religiosidade no comportamento terapêutico pode colaborar para o desenvolvimento de abordagens clínicas mais sensíveis e integradas, capazes de promover a adesão medicamentosa e, conseqüentemente, melhorar os desfechos clínicos.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

PHSS: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. MVCV: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. LAP: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. MVN: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. LHSA: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. MLM: Conceituação, Curadoria de dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. KHCM: Conceituação, Análise Formal, Supervisão, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. ISRN Psychiatry. 2012;2012:278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
2. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. Religions. 2010;1(1):78-85. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>

3. Mosqueiro BP, Costa MDA, Caribé AC, Oliveira FHAO, Pizzuti L, Zimpel RR, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines on the integration of spirituality into mental health clinical practice: Part 1. Spiritual history and differential diagnosis. *Braz J Psychiatry*. 2023;45(6):506-17. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3056>
4. Santos JMV, Oliveira AF, Amorim RFB. Religiosidade e espiritualidade no cuidado da saúde e o impacto na vida de pessoas com doenças crônicas. *REVISA*. 2024;13(1):68-77.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Religiões – Resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2025.
6. Ipsos Global Religion. Religious beliefs across the world: a 26-country Global Advisor survey. Ipsos; 2023.
7. Souza AV, Anunciação L, Landeira-Fernandez J. Spirituality, religiosity and mental health during the COVID-19 pandemic. *Estud Psicol (Campinas)*. 2023;40:e210206. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210206>
8. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
9. Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Association between spirituality and adherence to management in outpatients with heart failure. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(6):491-501. <https://doi.org/10.5935/abc.20160076>
10. Steinhorn DM, Din J, Johnson A. Healing, spirituality and integrative medicine. *Ann Palliat Med*. 2017;6(3):237-47. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.05.01>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
13. Heinisch RH, Stange LJ. Religiosidade/espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Bol Curso Med UFSC*. 2018;4(2):1-10. <https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v4i2.2898>
14. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Factors associated with low adherence to medication in older adults. *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1092-101. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>
15. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB. An evaluation of non-adherence to pharmacotherapy for chronic diseases and socioeconomic inequalities in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:e200080. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200080>
16. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Koenig HG. Impact of spirituality/religiosity on mortality: comparison with other health interventions. *Explore (NY)*. 2011;7(4):234-8. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2011.04.005>
17. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):279-89. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>
18. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2008;35(1):31-2. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006>
19. De Paula JJ. Propriedades psicométricas do Índice de Religiosidade de Duke aplicado em plataforma virtual. *Cad Saude Colet*. 2015;23(3):276-9. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030090>
20. Vitorino LM, Mendes JHL, Santos GDS, Oliveira C, José H, Sousa L. Prevalence of Polypharmacy of Older People in a Large Brazilian Urban Center and Its Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(9):5730. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095730>
21. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 14. College Station: StataCorp LP; 2015.
22. Kavvadia M, Saridi M, Toska A, Bakalis V, Zetta S, Paralikas T, et al. The Effect of Medication Adherence and Spirituality in Quality of Life of Patients with Rheumatic Diseases. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(4):436. <http://doi.org/10.3390/healthcare13040436>
23. Grácio L, Canhoto J, Pires H, Carapeto MJ. Religiosidade, Espiritualidade e Bem-Estar em Idosos. *RIAGE*. 2023;(4):665-78. <https://doi.org/10.61415/riage.114>
24. Santos EMBD, Costa KNDFM, Fernandes MDGM, Viana LRDC, Silva CRRD, Frazão MCLO, et al. Spirituality and health-related quality of life in patients with lung cancer. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(03):e20240457. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0457>
25. Camargo YDS, Ferreira ASB, Scalia LAM, Magnabosco P, Bragato AGDC, Raponi MBG, et al. Spirituality/Religiosity and Adherence to Treatment in Hypertensive Individuals. *Arq Bras Cardiol*. 2025;122(2):e20240558. <https://doi.org/10.36660/abc.20240558>
26. Kretchy I, Owusu-Daaku F, Danquah S. Spiritual and religious beliefs: do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? *Biopsychosoc Med*. 2013;7(1):15. <http://doi.org/10.1186/1751-0759-7-15>
27. Roura M, Nsigaye R, Nhandi B, Wamoyi J, Busza J, Urassa M, et al. "Driving the devil away": qualitative insights into miraculous cures for AIDS in a rural Tanzanian ward. *BMC Public Health*. 2010;10(1):427. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-427>
28. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Use of alternative medicine for cancer and its impact on survival. *J Natl Cancer Inst*. 2018;110(1):121-4. <http://doi.org/10.1093/jnci/djx145>
29. Kasahun AE, Sendekie AK, Mekonnen GA, Sema FD, Kemal LK, Abebe RB. Impact of personal, cultural and religious beliefs on medication adherence among patients with chronic diseases at university hospital in northwest Ethiopia. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:1787-803. <http://doi.org/10.2147/PPA.S370178>
30. Abdala GA, Kimura M, Duarte YADO, Lebrão ML, Santos BD. Religiousness and health-related quality of life of older adults. *Rev Saude Publica*. 2015;49:55. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005416>

31. Molina NP, Tavares DM, Haas VJ, Rodrigues LR. Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180468. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0468>
32. Mahoney A. Religion in families, 1999–2009: A relational spirituality framework. *J Marriage Fam*. 2010;72(4):805-27. <http://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00732.x>
33. Wilcox WB, Wolfinger NH. *Soul mates: Religion, sex, love, and marriage among African Americans and Latinos*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
34. Fincham FD, Beach SRH. Marriage in the new millennium: A decade in review. *J Marriage Fam*. 2010;76(3):630-49. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00722.x>
35. Dias Jr CS, Loyola Filho AI. Religion, religiosity, and smoking among older adults: results from the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil), 2019–2021. *J Relig Health*. 2024. <http://doi.org/10.1007/s10943-024-02225-y>
36. Svensson NH, Hvidt NC, Nissen SP, Storsveen MM, Hvidt EA, Søndergaard J, et al. Religiosity and health-related risk behaviours in a secular culture – Is there a correlation? *J Relig Health*. 2020;59(5):2381-96. <http://doi.org/10.1007/s10943-019-00919-2>
37. Martinez EZ, Bueno-Silva CC, Bartolomeu IM, Ribeiro-Pizzo LB, Zucoloto ML. Relationship between religiosity and smoking among undergraduate health sciences students. *Trends Psychiatry Psychother*. 2021;43(1):17-22. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2019-0031>