



ARTIGOS

Relação Entre Espiritualidade, Religião e Qualidade de Vida em usuários da Atenção Primária à Saúde

Relationship Between Spirituality, Religion, and Quality of Life in Users of Primary Health Care

Relación Entre Espiritualidad, Religión y Calidad de Vida en Usuarios de la Atención Primaria de Salud

Jacqueline Stefanini¹

orcid.org/0000-0002-5781-3462
jacque_stephanini@hotmail.com

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz¹

orcid.org/0000-0003-1793-7783
adri.saudecoletiva@gmail.com

Gabriela Ceretta Flôres¹

orcid.org/0000-0001-9989-0442
gabriela.flores@sou.unijui.edu.br

Vanessa Dalsasso

Batista Winter¹

orcid.org/0000-0002-6268-9849
vanessa.winter@sou.unijui.edu.br

Pâmela Naíse

Pasquetti¹

orcid.org/0000-0002-0174-1404
pamelanaise@outlook.com

Marli Maria Loro¹

orcid.org/0000-0003-2731-5224
marli@unijui.edu.br

Recebido em: 12 nov. 2022.

Aprovado em: 23 jan.2023.

Publicado em: 22 set. 2025.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença [CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite a cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer finalidade, desde que a autoria original e os créditos de publicação sejam mantidos.

Resumo: Nos últimos anos, o crescente aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis tem suscitado a realização de estudos que abordem a temática Espiritualidade/Religiosidade, na busca por estratégias de enfrentamento à cronicidade, que auxiliem o indivíduo na melhora da Qualidade de Vida. Este estudo busca avaliar a relação entre a Qualidade de Vida/Espiritualidade/Religiosidade e o perfil sociodemográfico e clínico de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, assistidos na atenção primária à saúde. Para isso, fez-se um estudo transversal, desenvolvido com indivíduos diagnosticados com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no Brasil. A coleta dos dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico e clínico e pelo instrumento WHOQOL-SRPB, que avalia de que forma a Espiritualidade/Religiosidade e crenças pessoais se relacionam com a Qualidade de Vida. Participaram do estudo 216 usuários e, destes, 141 (65,3%) eram do sexo feminino, 68 (31%) tinham entre 61 e 70 anos, 121 (56%) possuíam ensino fundamental incompleto ou eram não alfabetizados, 108 (50%) tinham menos de um ano até três anos de tempo de doença. Ao correlacionar os dados sociodemográficos e clínicos com as facetas do WHOQOL-SRPB identificou-se diferença estatística significativa em quase todas as facetas, ao menos em uma variável, com exceção da faceta Esperança e Otimismo, em que não houve diferença estatística em nenhuma variável. O perfil dos usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, assistidos na Atenção Primária à Saúde, é religioso/espiritual e faz-se importante estimular a Espiritualidade/Religiosidade na prática clínica, uma vez que essa dimensão auxilia no enfrentamento das doenças e pode influenciar positivamente na Qualidade de Vida e enfrentamento da condição de cronicidade dos indivíduos.

Palavras-chave: doenças crônicas não transmissíveis; atenção primária à saúde; funções essenciais da saúde pública; espiritualidade; qualidade de vida.

Abstract: The growing increase in Noncommunicable Chronic Diseases in recent years has prompted studies that address the theme of Spirituality/Religiosity, in the search for coping strategies for chronic conditions that help individuals improve their Quality of Life. This study aimed to assess the relationship between Quality of Life/Spirituality/Religiosity and the sociodemographic and clinical profile of users with noncommunicable chronic diseases assisted in primary health care. A cross-sectional study was conducted with individuals diagnosed with noncommunicable chronic diseases in a municipality in the northwest of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected using a sociodemographic and clinical questionnaire and the WHOQOL-SRPB instrument, which evaluates how Spirituality/Religiosity and personal beliefs relate to Quality of Life. The study included 216 users, of whom 141 (65.3%) were female, 68 (31%) were between 61 and 70 years old, 121 (56%) had incomplete elementary education or were illiterate, and 108 (50%) had been living with the disease for less than one to three years. When correlating the sociodemographic and clinical data with the WHOQOL-SRPB facets, a statistically significant difference was identified in almost all facets for at least one variable, except for the facet Hope and Optimism, which showed no

¹ Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), Ijuí/RS, Brasil.

statistical difference in any variable. The profile of users with Noncommunicable Chronic Diseases assisted in Primary Health Care is religious/spiritual, highlighting the importance of encouraging Spirituality/Religiosity in clinical practice, as this dimension helps in coping with diseases and can positively influence Quality of Life and the management of chronic conditions.

Keywords: noncommunicable diseases; primary health care; essential public health functions; spirituality; quality of life.

Resumen: El creciente aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en los últimos años ha impulsado la realización de estudios que abordan la temática de la Espiritualidad/Religiosidad, en la búsqueda de estrategias para afrontar la cronicidad, que ayuden al individuo a mejorar su Calidad de Vida. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre la Calidad de Vida/Espiritualidad/Religiosidad y el perfil sociodemográfico y clínico de usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en la atención primaria de salud. Se trata de un estudio transversal, desarrollado con individuos diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles en un municipio del noroeste del estado de Rio Grande do Sul, Brasil. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario sociodemográfico y clínico y el instrumento WHOQOL-SRPB, que evalúa cómo la Espiritualidad/Religiosidad y las creencias personales se relacionan con la Calidad de Vida. Participaron en el estudio 216 usuarios, de los cuales 141 (65,3%) eran mujeres, 68 (31%) tenían entre 61 y 70 años, 121 (56%) tenían educación primaria incompleta o eran analfabetos, y 108 (50%) convivían con la enfermedad desde hacía menos de un año hasta tres años. Al correlacionar los datos sociodemográficos y clínicos con las facetas del WHOQOL-SRPB, se identificó una diferencia estadísticamente significativa en casi todas las facetas en al menos una variable, con excepción de la faceta Esperanza y Optimismo, en la que no se encontró diferencia estadística en ninguna variable. El perfil de los usuarios con Enfermedades Crónicas No Transmisibles atendidos en la Atención Primaria de Salud es religioso/espiritual, lo que destaca la importancia de fomentar la Espiritualidad/Religiosidad en la práctica clínica, ya que esta dimensión ayuda a enfrentar las enfermedades y puede influir positivamente en la Calidad de Vida y en el afrontamiento de la condición de cronicidad.

Palabras clave: enfermedades no transmisibles; atención primaria de salud; funciones esenciales de la salud pública; espiritualidad; calidad de vida.

Na contemporaneidade, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem-se problema de saúde pública, pelo seu crescimento nos últimos anos. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as doenças do aparelho circulatório, *diabetes mellitus*, câncer e complicações respiratórias são considerados as de maior impacto mundial e correspondem, atualmente, a 72% das causas de mortes, além de serem responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo

(Ministério da Saúde, 2019). E repercussões nos serviços de saúde como altas demandas de cuidado e na qualidade de vida das pessoas que vivem com DCNT (Becker et al., 2024).

Um estudo, realizado em Ijuí, no Rio Grande do Sul-Brasil, em 216 usuários com DCNT, do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta que a Qualidade de Vida (QV), pode variar conforme algumas variáveis como idade, renda, status profissional, tempo de doença e periodicidade das consultas (Pasquetti et al., 2021). E, ainda, o estudo indica que a relação da QV com as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes pode contribuir para evidenciar às equipes de saúde, o desenvolvimento de ações de educação em saúde, a fim de contribuir para a melhora da QV.

Na busca por significados e por apoio para percorrer o itinerário do paciente com DCNT e suas repercussões, diversos indivíduos buscam, na Espiritualidade/Religiosidade (E/R), uma estratégia de adaptação e enfrentamento a essa realidade. Dessa forma, a E/R pode se constituir como estratégia significativa ao enfrentamento dessas doenças, ao seu tratamento e às consequências, que repercutem na QV dos indivíduos (Ferreira et al., 2022).

Outro estudo, realizado por Panzini et al. (2011), buscou analisar as propriedades psicométricas do instrumento que mensura a QV – módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais –, o qual se mostrou válido e confiável para o uso em diferentes religiões, grupos culturais e/ou doenças, e que mensura esse contexto tão importante para os usuários. Leimig et al. (2018) destacam, ainda, que as estratégias de enfrentamento e fortalecimento, como a E/R, assumem importantes potenciais terapêuticos para as pessoas acometidas por DCNT. Em estudo com indivíduos diagnosticados com DCNT, em São Paulo e no Rio de Janeiro, afirma-se que a E/R não está apenas relacionada ao alívio do sofrimento, na recuperação e na convivência com a doença, mas também aparece como método de cura, em alguns casos (Manso & Góes, 2019).

Nesse sentido, a avaliação da espiritualidade

em usuários com DCNT pode se tornar útil para o planejamento de estratégias de intervenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa avaliação permite identificar informações importantes sobre o usuário, suas prioridades e subsidiar os programas de saúde para que ocorra a implementação de ações efetivas e, assim, proporcionar uma melhor QV aos usuários (Ferreira et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Espiritualidade se constitui como uma crença de natureza não material, tendo como hipótese que, na vida, há mais que se pode ser percebido ou compreendido completamente, e envolve assuntos, como o significado e o propósito da vida (World Health Organization [WHO], 1998). No Brasil, 92,6% da população possui uma religião, o que pode ser uma forma de acesso ao desenvolvimento da espiritualidade, tornando essa discussão ainda mais pertinente (Leimig et al., 2018).

Contudo, identificou-se, como lacuna do conhecimento, a incipiente produção científica tanto nacional como internacional, a qual tenha utilizado o instrumento Qualidade de vida/Espiritualidade/Religiosidade (QV/E/R) – WHO-QOL-SRPB, validado pela OMS, e que avalie importantes aspectos da E/R. Assim, esse fato contribui para a relevância deste estudo.

Da mesma forma, o presente estudo justifica-se pelo elevado crescimento de usuários com diagnóstico de DCNT, assistidos na Atenção Primária à Saúde (APS), e pela necessidade de prestar cuidado integral e de qualidade aos usuários dos serviços. Portanto, tem-se como pergunta norteadora: Existe relação entre a Qualidade de Vida/Espiritualidade/Religiosidade e o perfil sociodemográfico e clínico de usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, assistidos na Atenção Primária à Saúde de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul?

A partir dessa pergunta, tem-se, como objetivo: avaliar a relação entre a Qualidade de Vida/Espiritualidade/Religiosidade e o perfil sociodemográfico e clínico de usuários com

Doenças Crônicas Não Transmissíveis, assistidos na Atenção Primária à Saúde.

Método

Como método, utilizou-se um estudo transversal, com abordagem quantitativa e de caráter analítico. Ele integra o projeto institucional denominado Atenção Primária à Saúde, como cenário de cuidado em saúde e qualidade de vida de usuários dos serviços.

A pesquisa foi desenvolvida em unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. O município, cenário do estudo, possui cinco UBS e 18 ESFs.

A seleção dos participantes foi por amostragem consecutiva, durante o período de janeiro a junho de 2019. Para averiguar a representatividade estatística, realizou-se o cálculo amostral com base na média de usuários adscritos na APS do município, cenário de estudo, que possuía aproximadamente 60.000 usuários, multiplicando-se, esse total, pelo número de Unidades de Saúde. Partiu-se de um percentual estimado de 0,5%, um erro amostral de 0,05 e um intervalo de confiança de 95%. Portanto, foi necessária a participação mínima de 383 usuários do serviço para ter representatividade estatística. Desse total, 216 tinham diagnóstico de DCNT e responderam ao questionário.

Foram incluídos, no estudo, indivíduos maiores de 18 anos, adscritos em uma ESF ou UBS do município, com diagnóstico médico, ao menos de uma DCNT, e excluídos os usuários que apresentassem alteração auto e alopsíquica, que os impedissem de responder aos instrumentos, avaliado pelos entrevistadores.

Aos que concordaram em participar do estudo, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma via com o participante e outra com o bolsista e/ou voluntário do projeto. Logo após, foi realizada a aplicação dos instrumentos de coleta, em uma sala reservada na estrutura física da unidade e/ou em na residência do participante, para preservar a privacidade dele.

Os instrumentos foram preenchidos pelo entrevistador, conforme as respostas do entrevistado.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, elaborado pelos pesquisadores e acadêmicos, o qual abordou aspectos relacionados à idade, ao sexo, à cor, ao estado civil, à renda familiar, à religião, ao tratamento de saúde, à patologia, ao uso de medicações, às consultas realizadas, entre outros; e o Instrumento WHOQOL-SRPB.

O instrumento WHOQOL-SRPB se constitui como uma medida para avaliar a forma como a espiritualidade, a religião e as crenças pessoais (SRPB, sigla em inglês para *spirituality, religiosity and personal beliefs*) estão relacionados à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde, validado para a língua portuguesa, com boas propriedades psicométricas (Fleck & Skevington, 2007; Panzini et al., 2011).

Fleck & Skevington (2007) afirmam que, no instrumento WHOQOL-bref, a espiritualidade era representada de forma reduzida. Por isso, em 1990, a Divisão de Saúde Mental, da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizou um projeto para aprimorar o domínio da espiritualidade dentro do WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), com o objetivo de desenvolver um conceito amplo e útil para o trabalho em diferentes culturas e para grupos com diferentes crenças pessoais, religiosas e espirituais.

O WHOQOL-SRPB é constituído por 32 questões, e abarcam as seguintes facetas: 1. Conexão ao Ser ou Força Espiritual, que diz respeito em como a relação com um ser espiritual influencia nos momentos de adversidade dele e na compreensão dos outros; 2. Sentido na Vida, que trata da percepção de propósito de vida; 3. Admiração, que trata da contemplação ao belo; 4. Totalidade e Integração, que trata da percepção de conexão entre mente, corpo e alma; 5. Força Espiritual, que diz respeito à intensidade da espiritualidade e sua influência no bem-estar; 6. Paz Interior, que trata do sentimento de harmonia e tranquilidade; 7. Esperança e Otimismo, que trata do quanto o indivíduo tem uma percepção positiva sobre

o futuro; e 8. Fé, que diz respeito a como a fé influencia no sentimento de bem-estar (Panzini et al., 2011).

As opções de resposta para cada questão são: "Nada"; "Muito Pouco"; "Mais ou Menos"; "Bastante"; e "Extremamente". Os escores das facetas do WHOQOL-SRPB foram calculados pela soma das quatro questões pertencentes a cada faceta, seguidos de uma divisão por quatro, sendo representados em uma escala de 1 a 5. O escore do domínio é calculado pela soma dos escores das "n" facetas que compõem o domínio, dividido pelo número de facetas do domínio, sendo o resultado multiplicado por quatro, representado em uma escala de 4 a 20 (Fleck & Skevington, 2007).

Os dados foram analisados no programa PASW Statistics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago/USA) 20.0 for Windows. O estudo da simetria das distribuições foi realizado por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparar os escores médios para Qualidade de Vida/Espiritualidade entre dois grupos, utilizou-se o teste t-Student para grupos independentes. Quando a comparação ocorreu entre três ou mais grupos independentes, foi empregada a Análise de Variância (One Way) – Post Hoc Bonferroni. O coeficiente alfa de Cronbach foi utilizado para avaliar a consistência interna da escala.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE: 89159418.0.0000.5350. Aspectos éticos foram observados conforme preceitos estabelecidos na Resolução 466/2012.

Resultados

Dos 216 participantes, 141 (65,3%) eram do sexo feminino e 75 (34,7%) do sexo masculino. Quanto à idade, a maioria tinha entre 61 e 70 anos (31%). Com relação à cor, 161 (74,5%) respondentes se autodeclararam brancos e 53 (24,5%) pardos ou negros. Observaram-se baixos níveis de escolaridade, visto que 56% tinham o Ensino Fundamental incompleto ou não eram alfabetizados. Quanto à renda, 154 (71,3%) recebiam de um a dois salários-mínimos (SM), 43 (20%) de três a cinco SM e 17 (7,9%) menos de um SM.

Com relação às características clínicas, 108 (50%) participantes relataram ter menos de um ano até três anos de tempo de doença, e 107 (49,5%) relataram ter menos de um ano; 194 (89,8%) afirmaram realizar tratamento e, destes, 135 (62,5%) faziam uso de medicamentos orais; 29 (13,4%) faziam hemodiálise/diálise; e 21 (9,7%) quimioterapia/radioterapia/imunoterapia. Sobre a frequência do tratamento, 87 (40,3%) o realizam mensalmente, 62 (28,7%) semestralmente e, 33 (15,3%) anualmente.

No que se refere a doenças mais prevalentes nos participantes, destacaram-se as cardiovasculares, em 68 (31,5%); as neoplasias, em 40 (18,5%); diabetes mellitus, em 38 (17,6%); e doença renal crônica, em 29 (13,4%).

Quanto às estimativas relativas às dimensões do instrumento WHOQOL-SRPB, os maiores es-

cores médios foram observados nas dimensões Conexão ao Ser ou Força Espiritual (85,0±10,9) e Fé (85,3±10,0), enquanto a faceta com maior comprometimento foi Totalidade e Integração (78,4±12,6), como mostra a tabela 1.

Ao realizar a comparação entre os escores médios das oito facetas, foi detectada diferença estatisticamente significativa $F_{(7; 1505)} = 25,698$; $p < 0,001$ / Poder=0,989, indicando que, os escores médios da Fé, Conexão ao Ser ou Força Espiritual, Esperança e Otimismo, e Sentido na Vida e Força Espiritual foram significativamente mais elevados, quando comparados às demais facetas. A análise da confiabilidade se mostrou satisfatória ($\alpha > 0,700$) em todas as dimensões.

Tabela 1 – Média e desvio padrão das facetas do instrumento de Qualidade de Vida/Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais – Rio Grande do Sul – Brasil, 2020

Facetas	Medidas descritivas da escala		Consistência interna
	Média	Desvio Padrão	Alpha Cronbach (α C)
Conexão ao Ser ou Força Espiritual	85,0a	10,9	0,845
Sentido na Vida	84,4a	12,2	0,862
Admiração	81,7b	11,9	0,810
Totalidade e Integração	78,4c	12,6	0,847
Força Espiritual	84,0a	10,6	0,824
Paz Interior	80,1bc	13,0	0,883
Esperança e Otimismo	84,5a	11,5	0,834
Fé	85,3a	10,0	0,871

$F(7; 1505) = 25,698$; $p < 0,001$

ANOVA de medidas repetidas (One Way), em que médias seguidas de letras iguais não diferem a uma significância de 5%.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

As médias das facetas foram comparadas aos dados sociodemográficos e verificou-se que, quanto ao sexo, houve resultado significativo na Conexão ao Ser ou Força espiritual ($p < 0,001$), indicando que a média das mulheres ($86,9 \pm 10,0$) foi mais elevada, quando comparada à dos homens ($81,5 \pm 11,8$). Outro resultado que chamou a atenção foi na faceta Paz Interior, em que se identificou tendência de diferença estatística significativa ($p = 0,089$), sugerindo que a Paz Interior pode ser melhor no sexo masculino [feminino: $79,0 \pm 14,0$ vs. masculino: $82,2 \pm 10,7$].

Sobre as relações entre a idade e a QV/E/R, ocorreu resultado significativo na faceta Paz Interior ($p = 0,002$), de forma que, a QV/E/R mostrou-se superior nas faixas etárias de 71 a 80 anos ($88,5 \pm 10,0$) e de 18 a 31 anos ($85,8 \pm 10,7$), quando comparadas às demais faixas etárias. E, ainda, destacou-se a faixa etária de 31 a 40 anos ($74,1 \pm 10,6$), por apresentar o maior comprometimento quanto à QV, nessa faceta.

Nos escores médios para QV/E/R não foi observada a relação de linearidade com as faixas etárias. Nesse sentido, foi calculada a correlação *Spearman*, e os resultados detectaram correlações significativas, positivas, de magnitude fraca ($r_s < 0,300$) da faixa etária com as facetas Totalidade e Integração ($r_s = 0,152$; $p = 0,025$) e Paz Interior ($r_s = 0,210$; $p = 0,002$). Tais resultados indicaram que as idades mais elevadas se mostraram correlacionadas, de forma fraca, com os escores de QV/E/R mais elevados ou vice-versa.

Resultados significativos ocorreram entre a cor e os escores médios para QV/E/R. Em todas as facetas se verificou que os escores médios foram superiores nos investigados que se declararam de cor branca. No entanto, diferenças significativas foram observadas nas dimensões Sentido na Vida (branca: $85,7 \pm 11,3$ vs. preto/pardo: $80,6 \pm 14,2$; $p = 0,08$); Admiração [branca: $82,9 \pm 12,1$ vs. preto/pardo: $78,2 \pm 10,9$; $p = 0,014$]; Totalidade e Integração [branca: $79,7 \pm 12,4$ vs. preto/pardo: $74,5 \pm 12,7$; $p = 0,009$]; Força Espiritual [branca: $85,3 \pm 10,5$ vs. preto/pardo: $80,5 \pm 10,0$; $p = 0,004$]; e Paz Interior [branca: $81,3 \pm 12,4$ vs. preto/pardo: $76,5 \pm 14,5$; $p = 0,019$].

A escolaridade mostrou-se representativa quando comparada à QV/E/R, na faceta Sentido da Vida ($p = 0,003$), apontando que os casos com ensino superior/pós-graduação ($91,2 \pm 11,9$) e Ensino Médio completo ($88,4 \pm 10,7$) apresentaram escores médios para QV/E/R significativamente mais elevados, quando comparados àqueles com Ensino Fundamental completo ($78,9 \pm 13,7$) e incompleto ou menos ($82,9 \pm 12,2$). Ainda, ocorreram tendências de diferenças estatisticamente significativas nas facetas Admiração ($p = 0,072$) e Fé ($p = 0,063$), sugerindo que os níveis de escolaridade mais elevados estão concentrando os escores médios, também mais elevados para QV/E/R.

Calculou-se a estimativa de correlação de *Spearman* entre os níveis de escolaridade e os escores para QV/E/R, e foram detectadas correlações significativas, positivas, de magnitude fraca ($r_s < 0,300$), nas facetas Conexão Espiritual ($r_s = 0,143$; $p = 0,038$), Sentido da Vida ($r_s = 0,189$; $p = 0,006$), Admiração ($r_s = 0,183$; $p = 0,008$), Totalidade e Integração ($r_s = 0,136$; $p = 0,048$), Força Espiritual ($r_s = 0,167$; $p = 0,015$) e Fé ($r_s = 0,148$; $p = 0,031$). Dessa forma, pode-se acreditar que, nas facetas citadas, espera-se que, quanto maior o nível de escolaridade, maior deve ser o escore médio para QV relacionada à Espiritualidade.

Na análise que envolveu a relação da faixa de renda e os escores médios para QV/E/R, de forma geral, pode-se observar que, quanto maior a renda, maior o escore médio para QV relacionada à Espiritualidade. No entanto, ocorreram diferenças estatisticamente significativas nas facetas Sentido da vida ($p < 0,001$), Admiração ($p = 0,002$), Totalidade e Integração ($p = 0,001$), Força Espiritual ($p = 0,014$), Paz Interior ($p = 0,005$) e Fé ($p = 0,002$). Considerando-se esses achados, há evidências de que o grupo que relatou renda de três ou mais salários-mínimos apresentou escores médios significativamente superiores, quando comparado àqueles que relataram renda inferior a um salário-mínimo.

Quando os escores médios para QV/E/R foram comparados ao número de pessoas na residência, as diferenças significativas não se configuraram, ou seja, o número de pessoas na residência não está influenciando na QV/E/R, neste estudo.

Tabela 2–Média e desvio padrão (DP) do instrumento de Qualidade de Vida/Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais, segundo os dados sociodemográficos – Rio Grande do Sul – Brasil, 2020

Variáveis Sociodemográficas	Facetas de Qualidade de Vida/Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais															
	Conexão Força Espiritual		Sentido Vida		Admiração		Totalidade Integração		Força Espiritual		Paz Interior		Esperança Otimismo		Fé	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Sexo																
Feminino (n=141)	86,9	10,0	84,6	12,5	81,2	12,8	78,3	12,7	84,6	10,5	79,0	14,0	83,8	12,1	85,6	9,8
Masculino (n=75)	81,5	11,8	84,0	11,7	82,5	9,9	78,5	12,6	82,9	10,7	82,2	10,7	85,7	10,0	84,7	10,3
p (value) §	<0,001		0,741		0,460		0,891		0,262		0,089		0,250		0,543	
Faixa etária (anos)																
18 a 30 (n=6)	81,7	15,7	87,5	10,4	83,3	10,8	77,5	11,3	86,7	14,0	85,8a	10,7	82,5	10,4	87,5	9,9
31 a 40 (n=17)	86,5	9,6	83,2	14,9	82,1	12,5	72,4	11,2	83,2	11,7	74,1c	10,6	80,0	8,8	86,2	9,1
41 a 50 (n=36)	85,6	9,7	84,2	12,6	79,4	15,5	76,3	13,8	82,1	10,0	75,4bc	16,1	83,6	14,7	83,8	8,9
51 a 60 (n=52)	85,8	10,2	86,9	10,6	82,8	11,1	79,5	13,4	85,4	10,1	79,9b	13,0	85,6	11,0	85,5	10,6
61 a 70 (n=68)	83,8	10,4	82,6	12,6	80,2	11,1	78,2	12,1	82,3	10,2	80,4b	11,4	84,3	10,8	84,8	10,1
71 a 80 (n=26)	88,7	9,0	85,6	11,9	84,7	10,9	81,9	11,5	87,9	11,2	88,5a	10,0	87,3	11,9	86,7	11,8
Acima de 81 (n=11)	78,6	20,4	80,9	13,4	84,1	7,7	81,8	11,5	85,3	10,9	81,4b	12,7	85,0	7,7	86,8	7,5
p (value) ¥	0,189		0,504		0,537		0,229		0,237		0,002		0,537		0,895	
Cor																
Branca (o) (n=161)	85,6	11,0	85,7	11,3	82,9	12,1	79,7	12,4	85,3	10,5	81,3	12,4	85,2	11,5	85,8	10,1
Parda (o), preta (o) (n=53)	83,1	10,5	80,6	14,2	78,2	10,9	74,5	12,7	80,5	10,0	76,5	14,5	82,8	11,4	83,8	9,7
p (value) §	0,153		0,008		0,014		0,009		0,004		0,019		0,196		0,200	
Escolaridade																
Não alfabetizado + ensino fundamental incompleto (n=121)	84,0	11,3	82,9b	12,2	80,1	11,1	77,1	12,1	82,7	10,3	79,9	13,0	83,5	11,2	84,3	9,4
Ensino fundamental completo (n=22)	83,4	8,2	78,9b	13,7	81,8	13,2	75,4	15,8	83,4	10,4	76,6	15,1	83,9	12,4	82,7	11,3
Ensino médio incompleto (n=15)	87,0	7,3	87,0ab	9,6	81,4	9,1	83,0	9,2	85,0	10,9	77,3	10,3	86,7	9,9	86,3	9,3
Ensino médio completo (n=41)	86,2	11,7	88,4a	10,7	83,2	14,1	81,1	12,4	86,1	10,5	81,3	12,5	85,6	12,2	87,3	10,6

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

As dimensões de QV/E/R foram também comparadas às variáveis clínicas. Foi identificado resultado significativo com o tempo de doença em que, de modo geral, os escores médios das facetas se mostraram mais elevados, entre os investigados com tempo de doença de até três anos. No entanto, detectou-se diferença estatística significativa nas facetas Admiração [até três anos: 83,5±12,1 vs. mais de três anos: 79,9±11,5; p=0,026], Totalidade e Integração [até três anos: 81,2±12,7 vs. mais de três anos: 75±12,0; p=0,001] e Paz Interior [até três anos: 82,3±12,8 vs. mais de três anos: 77,9±13,0; p=0,014].

O tipo de tratamento foi também utilizado como base de comparação para os escores médios de QV/E/R. Chama atenção o fato de os escores médios terem se mostrado mais elevados no grupo de usuários que realizavam tratamento quimioterapia/radioterapia/imunoterapia, em todas as dimensões. No entanto, as diferenças estatisticamente significativas ocorreram nas dimensões Conexão ao Ser ou Força Espiritual [nenhum acompanhamento: 83,0±11,2 vs. oral: 85,1±11,2 vs. quimioterapia/

radioterapia/imunoterapia: 90,2±8,3 vs. hemodiálise/diálise: 81,2±10,1; p=0,027]; Totalidade e Integração [nenhum/acompanhamento: 78,2±13,1 vs. oral: 76,3±12,2 vs. quimioterapia/radioterapia/imunoterapia: 83,8±14,5 vs. hemodiálise/diálise: 80,6±9,4; p=0,034] e Fé [nenhum acompanhamento: 85,4±8,0 vs. oral: 85,0±10,0 vs. quimioterapia/radioterapia/imunoterapia: 90,5±11,1 vs. hemodiálise/diálise: 81,0±9,1; p=0,011].

Destaca-se, ainda, a ocorrência de significância limítrofe nas dimensões Admiração (p=0,060) e Força Espiritual (p=0,059), sugerindo que o grupo de usuários que realizou quimioterapia/radioterapia/imunoterapia pode apresentar escore médio mais elevado, quando comparado aos grupos com outros tipos de tratamento.

A frequência do tratamento foi também considerada um fator importante na comparação dos escores médios para QV/E/R. Em uma abordagem mais geral, o escore médio se mostrou superior no grupo de investigados que relatou a frequência de tratamento anual.

Ao se considerar os resultados em que efetivamente se evidenciou diferença estatisticamente

significativa, na faceta Sentido na Vida ($p=0,003$), em que os casos que relataram as frequências de tratamento anual ($88,9\pm 11,2$) e semanal ($85,8\pm 11,6$) apresentaram escores médios significativamente superiores, quando comparado àqueles em que a frequência foi quinzenal ($75,0\pm 14,1$).

Na faceta Totalidade e Integração, a diferença representativa ($p=0,003$) apontou que, no grupo em que a frequência do tratamento era anual ($85,7\pm 11,4$), o escore médio foi significativamente mais elevado, quando comparado às frequências semestral ($76,7\pm 11,4$), mensal ($77,8\pm 13,2$) e, principalmente, quinzenal ($74,7\pm 10,9$) e semanal ($73,3\pm 13,7$).

Além disso, destacou-se, como importante, a faceta Paz Interior ($p=0,022$) com escore médio para QV/E/R significativamente superior na frequência anual ($85,3\pm 11,7$), quando comparada às frequências semestral ($78,4\pm 12,3$), mensal ($80,7\pm 12,9$), quinzenal ($73,6\pm 15,0$) e semanal ($77,9\pm 13,4$).

Na faceta Admiração ($p=0,076$), ocorreu significância limítrofe, o que sugere que a média para QV/E/R, entre os casos com frequência de tratamento anual, pode se mostrar superior, quando comparada aos escores médios das demais frequências de tratamento.

Tabela 3 – Média e desvio padrão (DP) para as dimensões da escala de Qualidade de Vida/Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais, segundo as características clínicas – Rio Grande do Sul – Brasil, 2020

Variáveis Clínicas	Facetas de Qualidade de Vida/Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais															
	Conexão Força Espiritual		Sentido Vida		Admiração		Totalidade Integração		Força Espiritual		Paz Interior		Esperança Otimismo		Fé	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Tempo de doença																
Menos de 1 até 3 anos (n=108)	85,8	10,2	84,4	12,9	83,5	12,1	81,2	12,7	85,4	10,8	82,3	12,8	85,5	11,8	86,3	10,4
Mais de 3 anos (n=107)	84,3	11,6	84,3	11,6	79,9	11,5	75,7	12,0	82,7	10,2	77,9	13,0	83,5	11,1	84,3	9,4
p (value) §	0,321		0,946		0,026		0,001		0,060		0,014		0,220		0,152	
Realiza tratamento																
Sim (n=194)	85,2	11,0	84,5	12,3	81,6	12,0	78,3	12,7	84,1	10,5	80,3	12,8	84,4	11,3	85,2	10,2
Não (n=22)	83,4	10,5	83,4	11,4	81,8	11,3	79,3	12,4	83,6	11,5	79,1	15,2	85,5	12,9	85,9	8,3
p (value) §	0,466		0,688		0,950		0,712		0,859		0,691		0,676		0,763	
Tipo de tratamento																
Nenhum + acompanhamento (n=25)	83,0bc	11,2	83,2	11,4	81,5	10,8	78,2ab	13,1	83,4	12,2	79,4	14,8	85,8	12,1	85,4b	8,0
Oral (n=135)	85,1b	11,2	83,7	12,2	79,8	12,0	76,3b	12,2	83,5	10,1	78,8	13,1	83,8	11,5	85,0b	10,0
Quimioterapia, quimio+radio/immunoterapia (n=21)	90,2a	8,3	90,0	10,6	85,5	12,3	83,8a	14,5	89,2	11,7	83,8	13,2	87,4	12,8	90,5a	11,1
Hemodiálise/diálise (n=29)	81,2c	10,1	83,3	13,7	84,7	9,3	80,6a	9,4	81,2	9,4	81,7	9,5	83,1	9,2	81,0b	9,1
p (value) ¶	0,027		0,149		0,060		0,034		0,059		0,325		0,469		0,011	
Frequência tratamento																
Semanalmente (n=12)	84,2	11,0	85,8a	11,6	79,7	14,9	73,3c	13,7	83,8	12,1	77,9b	13,4	83,8	16,1	84,2	10,4
Quinzenalmente (n=18)	80,8	16,6	75,0b	14,1	76,9	11,1	74,7bc	10,9	79,7	9,3	73,6c	15,0	84,7	13,2	82,5	8,3
Mensalmente (n=87)	86,1	9,7	84,0ab	12,4	80,8	12,4	77,8b	13,2	84,0	10,7	80,7ab	12,9	83,5	10,9	86,1	9,6
Semestralmente (n=62)	83,9	10,4	84,6ab	11,0	81,9	10,2	76,7b	11,4	83,4	10,4	78,4b	12,3	83,3	10,9	83,7	9,9
Anualmente (n=33)	86,4	11,5	88,9a	11,2	86,2	12,1	85,7a	11,4	86,9	10,3	85,3a	11,7	88,9	10,7	87,6	11,1
p (value) ¶	0,324		0,003		0,076		0,003		0,222		0,022		0,176		0,236	

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Discussão

Este estudo demonstrou predominância do sexo feminino entre os participantes, resultado condizente com estudo nacional, que teve como objetivo, descrever o perfil clínico de usuários de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de São Paulo (Lima et al., 2019). Da mesma forma, um estudo internacional, que objetivou identificar as características sociodemográficas dos usuários nos centros de APS da Espanha, concluiu que

as mulheres buscam mais os serviços de saúde, quando comparadas aos homens (Pérez-Romero et al., 2016).

Nesse sentido, um estudo transversal, que avaliou o perfil sociodemográfico dos usuários da APS no Brasil, afirma que os homens resistem mais em buscar por assistência primária, embora possuam maiores taxas de morbimortalidade, fator que motivou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, pelo Ministério da

Saúde (Guibu et al., 2017). O estudo de Pasqueti et al. (2021) corrobora com os achados da presente investigação, quando, em seu estudo, cerca de 65,3% dos usuários assistidos na APS foram de mulheres.

A pesquisa obteve resultado que vem ao encontro dos achados deste estudo, nas variáveis cor, idade, escolaridade e renda mensal (Menezes et al., 2018; Rodrigues et al., 2017). Destaca-se que a baixa escolaridade é frequente nos usuários atendidos pela APS e deve ser um fator considerado pelos profissionais na construção de atividades de educação em saúde, para que haja comunicação eficaz, visando um entendimento correto das informações prestadas aos usuários do serviço (Paglione et al., 2019).

Ademais, no estudo em tela, observou-se predominância de indivíduos com baixa renda e escolaridade. As doenças crônicas atingem, principalmente, os grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Isso porque essa população tem dificuldade no acesso aos serviços de saúde (Paglione et al., 2019). Diante do cenário das DCNT, na APS, a atenção e o cuidado prestados aos usuários devem ser realizados de forma integral e abordar a singularidade de cada indivíduo, incluindo a dimensão espiritual, uma vez que a E/R se constitui em um aspecto importante na vida humana e possui associação direta à boa saúde mental e ao aumento da QV (Kim et al., 2015).

Para tanto, é importante que os profissionais de saúde e gestores discutam e proponham ações que garantam a continuidade da atenção e da qualidade do cuidado na RAS (Bandeira et al., 2020). É importante, ainda, que os profissionais da saúde conheçam a E/R dos usuários, no intuito de encorajá-los e reforçar sua fé, se necessário, para promover o conforto e a segurança que a E/R oferece.

Com relação à E/R dos participantes desta pesquisa, identificou-se correlações positivas entre E/R e QV, conforme a tabela 1. De maneira geral, a população apresentou escores positivos de QV/E/R em todas as dimensões do instrumento WHOQOL-SRPB, tendo como maiores

escores médios, as dimensões Conexão ao Ser ou Força Espiritual e Fé.

Nesse sentido, a E/R, que pode ser manifestada por meio da fé e conexão ao ser ou força espiritual, surge no cenário das DCNT, como um suporte para enfrentar as exigências diante das novas condições de saúde dos usuários e pode estar relacionada a menores níveis de depressão, índices elevados de esperança e bem-estar (Counted et al., 2018).

A percepção de Religiosidade e Espiritualidade sofre influência de diversos fatores, como sexo, idade e renda, por isso, não deve ser analisada isoladamente, mas ser associada ao contexto holístico do ser humano (Rodrigues et al., 2017; Freitas et al., 2016). Nesse ínterim, torna-se necessário correlacionar a espiritualidade com o perfil clínico e sociodemográfico da população.

Ao correlacioná-los, verificou-se que, na faceta Conexão ao Ser ou Força Espiritual houve diferença estatisticamente significativa, na variável sexo, evidenciando que a Conexão com Deus, ou outro Ser Superior, auxilia mais as mulheres na resolução de problemas e no confronto de momentos difíceis, quando comparadas aos homens.

Nessa perspectiva, um estudo que descreveu a relação da E/R com sexo, idade e renda familiar de idosos, relatou que mulheres, de maneira geral, praticam mais a religião e expressam sua espiritualidade por meio da conexão a algum Ser Superior, o que proporciona efeitos positivos em sua vida e saúde (Rodrigues et al., 2017).

Em estudo realizado no Paraná, com pacientes diagnosticados com dor crônica decorrente de DCNT, a maioria mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, mostrou-se que essas pacientes buscavam, na espiritualidade e na oração, possibilidades de ajuda para contribuir no seu bem-estar, as quais auxiliavam no enfrentamento das dificuldades ocasionadas pela doença (Alves et al., 2022).

Adicionalmente, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa nessa faceta E/R, quando comparada ao tipo de tratamento. Usuários que realizavam tratamento de quimioterapia/

radioterapia/imunoterapia apresentaram escores mais elevados para QV/E/R relacionado a esta faceta, quando comparados a outros tratamentos. A revisão integrativa da literatura que abordou sobre os temas "saúde" e "espiritualidade", com artigos publicados entre 2002 e 2020, afirmou que, diante da notícia do diagnóstico de doenças que desencadeiam ideias de morte e finitude, como o câncer e o HIV, a espiritualidade se torna importante estratégia de enfrentamento, pois minimiza o sofrimento e promove a esperança (Santos, 2021).

Nesse sentido, diante do diagnóstico de uma DCNT e da complexidade do tratamento, juntamente à espera pelos resultados, fica mais evidente nestes usuários a busca pela E/R como suporte para o enfrentamento e alívio dos impactos negativos provocados pela doença, uma vez que a E/R tem potencial de oferecer bem-estar e conforto diante do sofrimento e expectativa da doença.

No que diz respeito à faceta Sentido na Vida, houve correlação significativa entre a QV/E/R, comparando-se essa faceta com as variáveis cor, escolaridade, renda familiar e frequência do tratamento. Observou-se, no estudo em tela, que quanto maior a escolaridade e a renda familiar, mais a pessoa percebe um sentido em sua vida. Dados encontrados na literatura reforçam a compreensão de que, nos momentos de dificuldade, a força interior e a coragem relacionada à espiritualidade impulsionam o ser humano a buscar sentido e significado do seu viver, o que faz com que produza forças positivas (Barbosa & França, 2019).

O Sentido na Vida pode estar associado a fatores como família, prática de religião, sexo, escolaridade, entre outros (Noronha et al., 2018). Assim, pode sofrer mudanças de acordo com o contexto e a cultura dos indivíduos ao correlacioná-lo com os fatores supracitados. Destaca-se que os resultados do presente estudo convergem com estudos internacionais, no entanto, divergem de estudo nacional, que avaliou a faceta Sentido na Vida em 901 pessoas, em 24 estados brasileiros (Claussen & Soto, 2015; Noronha et al., 2018).

Com relação à faceta Admiração, houve correlação significativa nas variáveis cor, renda e tempo de doença, ou seja, a QV/E/R se mostrou melhor nessa faceta, nos respondentes que se autodeclararam brancos, naqueles com renda de três a cinco salários-mínimos e com tempo de doença menor que três anos. Nesse sentido, de acordo com os resultados deste estudo, os participantes com maior tempo de doença tendem a reduzir a carga de trabalho, ficar inativos e perder a motivação, o que pode refletir na perda da capacidade de apreciar e buscar inspiração para viver.

E, ainda, a baixa renda pode ter impacto negativo na QV, uma vez que condições precárias de moradia podem causar estresse emocional, baixa autoestima e conflitos familiares, os quais podem dificultar a capacidade de admirar a vida e o dia a dia (Maciel et al., 2013).

A faceta Força Espiritual mostrou que indivíduos com maior renda familiar apresentam maior QV/E/R, dado que vai de encontro com estudos de Rodrigues et al. (2017) os quais afirmam que os indivíduos que apresentam menor renda são os mais suscetíveis a procurar a E/R, uma vez que podem usar essa prática como uma fonte de força e esperança para a atenuação e resolução de situações financeiras. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde reflitam sobre estes resultados e implementem estratégias, que possam contribuir, nas tomadas de decisões, para uma melhor QV e bem estar (Rodrigues et al., 2025).

O estudo, em tela, encontrou correlação significativa entre a QV/E/R, quando comparada à faceta Paz Interior com as variáveis faixa etária, cor, renda familiar, tempo de doença e frequência do tratamento, mostrando que, indivíduos com idades entre 18 e 30 anos, e 71 e 80 anos, de cor branca, com renda familiar de três a cinco salários-mínimos, com até três anos de tempo de doença e frequência de tratamento anual e mensal, possuem maiores níveis de paz e harmonia.

Nesse sentido, um estudo que verificou a influência da espiritualidade no enfrentamento do processo de adoecimento e na QV, em pacientes com diagnóstico de câncer, concluiu que a

Paz Interior, como estratégia de enfrentamento, pode levar à melhoria da QV e promover alívio do sofrimento humano (Freitas et al., 2016). Tais achados reforçam a necessidade de a equipe assistencial conhecer e utilizar a religiosidade dos usuários como uma estratégia de enfrentamento da doença. O sentimento de paz pode ser consequência do cuidado espiritual, contribuindo na promoção do conforto, trazendo sensação de satisfação interior e auxiliando no tratamento da doença.

A E/R, no contexto do adoecimento, surge como suporte para enfrentar as exigências diante da nova condição de saúde dos usuários e podem estar associadas a menores níveis de depressão, índices elevados de esperança, otimismo e bem-estar (Counted et al., 2018). As médias da faceta Esperança e Otimismo tiveram resultados estatisticamente significativos para QV/E/R, em todas as variáveis, indicando que a maioria dos participantes possui esperança e está otimista, independentemente de condições financeiras e de prognóstico.

A fé e as orações produzem uma sensação de proximidade com o sagrado/divino, para obter proteção e apoio diante de situações adversas (Alves et al., 2022). Surgem como instrumento da E/R, na medida em que confortam e fortalecem o dia a dia do indivíduo, melhorando seu bem-estar e a forma como este aproveita a vida. Nesse sentido, no que se refere à faceta Fé, neste estudo, identificou-se diferença estatística nas variáveis renda e tipo de tratamento, revelando que, os indivíduos que possuem maior renda e realizam tratamento de câncer, possuem maiores níveis de fé para enfrentarem a doença e suas consequências diárias na vida.

Em pesquisa transversal, realizada com indivíduos em tratamento quimioterápico, pacientes destacaram a importância do apego a um Ser Superior e disseram que a fé em Deus é o que dá condições de enfrentamento da doença (Oliveira et al., 2018). Crenças e fé são formas de transferir a responsabilidade do câncer e outras DCNT para Deus, ou para um Ser Superior, tornando a doença algo suportável (Sampaio & Siqueira, 2016).

O apego à espiritualidade e à religiosidade parece influenciar positivamente na saúde biopsicossocial e na QV dos participantes desta pesquisa, o que vai ao encontro de Ferreira et al. (2020), ao afirmarem que a E/R pode aumentar a QV, pois melhora o bem-estar e a vitalidade, contribuindo para a redução do estresse, do impacto da dor e da percepção de ameaça à vida. Usuários que exercem a espiritualidade e a religiosidade podem apresentar maior aceitação da doença, além de maior esperança e positividade no decorrer do tratamento.

Conclusão

Com relação à análise do instrumento WHO-QOL-SRPB, as maiores médias de QV/E/R foram das facetas Conexão ao Ser ou Força Espiritual e Fé, sugerindo que a fé e a conexão com algum Ser Superior surgem no cenário das DCNT, como suporte para enfrentar as exigências diante das novas condições de saúde dos participantes desta pesquisa, o que aumenta sua QV.

Ao correlacionar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes com as facetas do instrumento WHOQOL-SRPB, verificou-se diferença estatisticamente significativa nas seguintes facetas: Conexão ao Ser ou Força Espiritual, nas variáveis sexo e tipo de tratamento; Sentido na Vida, nas variáveis cor, escolaridade, renda e frequência de tratamento; Admiração, nas variáveis cor, renda e tempo de doença; Totalidade e Integração, nas variáveis cor, renda, tempo de doença, tipo e frequência de tratamento; Força Espiritual, nas variáveis cor e renda; Paz Interior, nas variáveis faixa etária, cor, renda e frequência de tratamento; e, na faceta Fé, nas variáveis renda e tipo de tratamento.

Esses resultados permitem inferir que o perfil dos usuários portadores de DCNT, assistidos na APS, é religioso/espiritual e, nessa perspectiva, visando efetivar o cuidado em saúde, de forma integral, faz-se importante estimular a E/R na prática clínica, uma vez que essa dimensão auxilia no enfrentamento das doenças e pode influenciar positivamente na QV e enfrentamento da condição de cronicidade dos indivíduos.

Referências

Alves, M. E. S., Barakat, S. H., Oliveira, M. P. S., Lima, B. D. S., Oliveira, T. R., Ferreira, R. E. B., & Hofstätter, L. M. (2022). Espiritualidade e religiosidade em pacientes hospitalizados com dor crônica. *Research, Society and Development*, 11(13), e456111335749. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35749>.

Bandeira, L. R., Kolankiewicz, A. C. B., Alievi, M. F., Trindade, L. F., & Loro, M. M. (2020). Atenção integral fragmentada a pessoa estomizada na rede de atenção à saúde. *Escola Anna Nery*, 24(3), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0297>.

Barbosa, M. S., & França, G. S. (2019). *Enfermagem e espiritualidade/religiosidade na assistência ao paciente em tratamento oncológico: revisão integrativa* [trabalho de conclusão de curso, Faculdade de Enfermagem, Faculdade CESMAC do Sertão, Palmeira dos Índios]. <https://ri.cesmac.edu.br/handle/tede/548>.

Becker, P., Tubiana, D., Gheno, E. E. R., Rodrigues, F. O., Desordi, J.M., Rebelato, C. T. C. et al. (2024). Percepções da enfermagem frente ao planejamento de alta hospitalar de pessoas pós acidente vascular encefálico. *Revista Contexto & Saúde*, 24, e14515. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14515>

Claussen, M. V. C., & Soto, V. M. D. (2015). Sentidos de vida de los universitários. *Universidad Católica de Colombia, Educación y Educadores*, 18(3), 371-390. https://www.researchgate.net/publication/286529397_Sentidos_de_vida_de_los_universitarios.

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health Quality of Life Outcomes*, 16(1), 75. <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/159348/154123>.

Ferreira, G. S. M., Fernandes, P. F. C. C. B., Oliveira, L. C., Pinto, J. R., Ferreira, I. B. M., & Gurgel, F. F., Jr. (2022). Religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida em portadores de doença renal crônica que fazem hemodiálise no Nordeste do Brasil. *Research, Society and Development*, 11(6), e15111628982. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28982>.

Ferreira, L. F., Freire, A. P., Silveira, A. L. C., Silva, A. P. M., Sá, H. C., Souza, I. S., Garcia, L. S. A., Peralta, R. S., & Araujo, L. M. B. (2020). A Influência da Espiritualidade e da Religiosidade na Aceitação da Doença e no Tratamento de Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(2), 1-13. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.422>.

Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 146-149. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700018.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNj4xHsRzMFbF7trN>.

Freitas, E. O., Vieira, M. M. S., Guerra, G. M., Tsunemi, M. H., & Pessini, L. (2016). A influência da espiritualidade na qualidade de vida do paciente oncológico: reflexão bioética. *Revista Nursing*, 17(222), 1266-1270. https://www.researchgate.net/publication/303803631_A_influencia_da_espiritualidade_na_qualidade_de_vida_do_paciente_oncologico_reflexao_bioetica.

Guibu, I. A., Moraes, J. C., Guerra, A. A., Jr., Costa, E. A., Acurcio, F. A., Costa, K. S., Karnikowski, M. G. O., Soeiro, O. M., Leite, S. N., & Álvares, J. (2017). Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(2), 17. <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139743>.

Kim, N. Y., Huh, H. J., & Chae, J. H. (2015). Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 60(1), 26-34. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X15000607?via%3Dihub>.

Leimig, M. B. C., Lira, R. T., Peres, F. B., Ferreira, A. G. C., & Falbo, A. R. (2018). Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 16(1), 30-36. http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884990/dezesseis_trinta.pdf.

Lima, A. C. M. G., Nichiata, L. Y. I., & Bonfim, D. (2019). Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53(3), 414. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017042103414>.

Maciel, E. S., Vilarta, R., Vasconcelos, J. S., Modeneze, D. M., Sonati, J. G., Vilela, G. B., & Oetterer, M. (2013). Correlação entre nível de renda e os domínios da qualidade de vida de população universitária brasileira. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5(1), 53-62. <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1458>.

Manso, M. E. G., & Goés, L. G. (2019). Espiritualidade e doenças crônicas: itinerários terapêuticos de pessoas vinculadas a seguros-saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. *Revista Interespe*, 12(1), 1-70. <https://revistas.pucsp.br/index.php/interespe/article/view/43232>.

Menezes, R. R., Kameo, S. Y., Valença, T. S., Mocó, G. A. A., & Santos, J. M. J. (2018). Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(1), 9-17. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.106>.

Ministério da Saúde. *Doenças crônicas não transmissíveis*. (2019). <https://saude.to.gov.br/vigilancia-em-saude/doencas-transmissiveis-e-nao-transmissiveis/dant/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/>.

Ministério da Saúde. *Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012*. (2012). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Noronha, A. P. P., Oliveira, D. A., Barros, L. O., & Moreira, T. C. (2018). Variáveis Associadas ao Sentido de Vida. *Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, 24(1), 35-43. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v24n1/v24n1a05.pdf>.

Oliveira, D. S., Furtado, L. N. S., Azevedo, F. B., Ramos, S. B., & Bittar, C. M. L. (2018). Influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida de pacientes em quimioterapia. *Temas em saúde, 18*(2), 76-102. <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/07/18206.pdf>.

Paglione, H. B., Oliveira, P. C., Mucci, S., Roza, B. A., & Schirmer, J. (2019). Qualidade de vida, religiosidade e sintomas ansiosos e depressivos em candidatos a transplante hepático. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 53*(3), 45-49. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018010203459>.

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(1), 126-135. <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/pdf/126.pdf>.

Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública, 45*(1), 153-165. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100018>.

Pasquetti, P. N., Kolankiewicz, A. C. B., Flôres, G. C., Winter, V. D. B., Trindade, L. F., Bandeira, L. R., & Loro, M. M. (2021). Qualidade de vida de usuários com doenças crônicas não transmissíveis assistidos na atenção primária à saúde. *Cogitare Enfermagem, 26*, e75515. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75515>.

Pérez-Romero, S., Gáscon-Cánovas, J. J., Salmerón-Martínez, D., Parra-Hidalgo, P., & Monteagudo-Piqueras, O. (2016). Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente em Atención Primaria. *Revista de Calidad Asistencial, 31*(5), 200-208. <https://doi.org/10.1016/j.cal.2016.01.004>.

Rodrigues, L. R., Nader, I. D., Silva, A. T. M., Tavares, D. M. S., Assunção, L. M., & Molina, N. P. F. M. (2017). Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 18*(4), 429-436. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3240/324053756002/html/index.html>.

Rodrigues F.O., Gheno, E. E. R., Castro, L., Nogaro, A., Rosa, A. C. M., & Kolankiewicz, A. C. B. Sociodemographic and clinical characteristics associated with health literacy in people hospitalized for chronic diseases. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 33*, e4494. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7395.4494>

Sampaio, A. D., & Siqueira, H. C. H. (2016). Influência da espiritualidade no tratamento do usuário oncológico: olhar da enfermagem. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, 20*(3), 151-158. <https://www.redalyc.org/pdf/260/26049965006.pdf>.

Santos, J. B. (2021). *Espiritualidade e Saúde: uma revisão de literatura* [Trabalho de Conclusão de Curso não publicado]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

World Health Organization. (1998). *Executive Board: 101st session: Geneva, 19-27 January 1998: Resolution and Decisions Annexes*.

Jacqueline Stefanini

Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Hospital Santa Rita da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

Gabriela Ceretta Flôres

Graduação de Enfermagem incompleta. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

Vanessa Dalsasso Batista Winter

Graduação de Enfermagem incompleta. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

Pâmela Naise Pasquetti

Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Hospital Bruno Born.

Marli Maria Loro

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI).

Os textos deste artigo foram revisados pela Texto Certo Assessoria Linguística e submetidos para validação dos autores antes da publicação.