



Relações entre espiritualidade e comportamentos saudáveis em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde

Relationships between spirituality and healthy behavior in older adults assisted in Primary Health Care

Relaciones entre espiritualidad y comportamientos saludables en ancianos Atendidos en la Atención Básica de Salud

Verônica Ribeiro Cardoso 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba (MG) - Brasil

Kamila Cristina dos Santos 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba (MG) - Brasil

Vitória Helena Maciel Coelho 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba (MG) - Brasil

Lislei Jorge Patrizzi Martins 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba (MG) - Brasil

Adriana Cristina de Araújo Figueiredo 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba (MG) - Brasil

Ana Paula Gomes Fernandes 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba (MG) - Brasil

Juliana Martins Pinto 

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba (MG) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar as relações entre espiritualidade e comportamentos saudáveis em idosos atendidos na atenção primária à saúde. **Métodos:** Estudo transversal realizado com amostra de 201 idosos atendidos em três Unidades Matriciais de Saúde (UMS) selecionadas aleatoriamente, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Avaliou-se a espiritualidade pela Escala de Espiritualidade com cinco itens, cuja pontuação varia de 5 (menor espiritualidade) a 20 (maior espiritualidade). Os comportamentos de saúde incluíram tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, água, frutas e vegetais, satisfação com o sono, relações sociais e prática de atividade física. Os indicadores sociodemográficos englobaram sexo (masculino/feminino), faixa etária (60-74/75+) e escolaridade (até 4 anos/5 anos ou mais). Realizaram-se análises descritivas, teste t *Student* e regressão linear múltipla, adotando-se o intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Encontrou-se a média do escore na Escala de Espiritualidade de 16,02±2,71. Observaram-se as pontuações maiores entre os idosos que não fumavam ($p=0,014$); que consumiam frutas ($p=0,003$), vegetais ($p=0,002$) e água ($p=0,017$) em quantidades adequadas; entre aqueles classificados como fisicamente ativos ($p<0,001$); e entre aqueles que estavam satisfeitos com o sono ($p=0,032$) e com as relações sociais ($p<0,001$). Prática de atividade física ($\beta:0,225$; IC=0,507-2,131) e satisfação com as relações sociais ($\beta:0,190$; IC=0,360-2,351) apresentaram-se relacionadas à espiritualidade mais elevada, mesmo após controle por indicadores sociodemográficos. **Conclusão:** A espiritualidade relaciona-se com comportamentos saudáveis nos idosos investigados atendidos na atenção primária à saúde.

Descritores: Espiritualidade; Qualidade de Vida; Saúde do Idoso; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between spirituality and healthy behaviors in older adults assisted in primary health care. **Methods:** A cross-sectional study was carried out with a sample of 201 older adults in three randomly selected matrix health units (UMS) in Uberaba-MG. Spirituality was assessed by the Spirituality Scale with five items, whose final score ranges from 5 (less spiritual) to 20 (higher spirituality). Health behaviors included smoking, consumption of alcoholic beverages, water, fruits



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 10/05/2020

Aceito em: 09/05/2022

and vegetables, satisfaction with sleep and social relationships, and physical activity. The sociodemographic indicators were sex (male/female), age group (60-74/75+), and schooling (up to 4/5 years or more). Descriptive analyses, Student's t-test, and multiple linear regression were performed, adopting a 95% confidence interval. **Results:** The mean score on the Spirituality Scale was 16.02 ± 2.71 . Higher scores were observed among participants who did not smoke ($p=0.014$); who consumed fruits ($p=0.003$), vegetables ($p=0.002$), and water ($p=0.017$) in adequate amounts; among those classified as physically active ($p<0.001$); who were satisfied with sleep ($p=0.032$) and with social relationships ($p<0.001$). Physical activity practice ($\beta:0.225$; $CI=0.507-2.131$) and satisfaction with social relationships ($\beta:0.190$; $CI=0.360-2.351$) were related to higher spirituality even after controlling for sociodemographic indicators. **Conclusion:** Spirituality is related to healthy behaviors in the investigated older adults assisted in primary health care.

Descriptors: Spirituality; Quality of Life; Health of Elderly; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las relaciones entre espiritualidad y comportamientos saludables en ancianos atendidos en la atención básica de salud. **Métodos:** Estudio transversal realizado con muestra de 201 ancianos atendidos en tres Unidades Matriciales de Salud (UMS) seleccionadas aleatoriamente, en Uberaba, Minas Gerais, Brasil. Se evaluó la espiritualidad por la Escala de Espiritualidad con cinco puntos, cuya puntuación puede variar de 5 (menos espiritualidad) a 20 (mayor espiritualidad). Los comportamientos de salud incluyeron tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, agua, frutas y vegetales, satisfacción con el sueño, relaciones sociales y práctica de actividad física. Los indicadores sociodemográficos incluyeron sexo (masculino/femenino), franja etaria (60-74/75+) y escolaridad (hasta 4 años/5 años o más). Fueron realizados análisis descriptivos, test t Student y regresión lineal múltiple, adoptando el intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** Se encontró la media del score en la Escala de Espiritualidad de $16,02 \pm 2,71$. Se observaron las mayores puntuaciones entre los ancianos no fumadores ($p=0,014$); que consumían frutas ($p=0,003$), vegetales ($p=0,002$) y agua ($p=0,017$) en cantidades adecuadas; entre aquellos clasificados como físicamente activos ($p<0,001$); y entre aquellos que estaban satisfechos con el sueño ($p=0,032$) y con las relaciones sociales ($p<0,001$). Práctica de actividad física ($\beta:0,225$; $IC=0,507-2,131$) y satisfacción con las relaciones sociales ($\beta:0,190$; $IC=0,360-2,351$) se presentaron relacionadas con la espiritualidad más elevada, incluso después de control por indicadores sociodemográficos. **Conclusión:** La espiritualidad está relacionada con comportamientos saludables en los ancianos investigados atendidos en la atención básica de salud.

Descriptoros: Espiritualidad; Calidad de Vida; Salud del Anciano; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é um dos principais desafios decorrentes das mudanças demográficas e epidemiológicas associadas ao envelhecimento populacional⁽¹⁾. No Brasil, essas enfermidades configuram-se entre as principais causas de mortalidade e declínio funcional na população idosa⁽²⁾, sendo os comportamentos de saúde, – entre eles, tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo e má alimentação – reconhecidos como fatores de risco para essas condições⁽³⁾. Diferentemente de aspectos genéticos e ambientais, os comportamentos de saúde são modificáveis por meio de intervenções individuais e coletivas^(4,5), o que tem incentivado a produção de evidências para o desenvolvimento de políticas públicas visando o apoio à adoção e manutenção desses comportamentos, e conseqüentemente, a promoção de saúde e prevenção de DCNTs.

O debate sobre a efetividade das políticas de promoção à saúde no Brasil é robusto e contínuo. Nas últimas décadas, ele tem avançado ao incorporar as estratégias para motivação e sensibilização do usuário, bem como a corresponsabilização pela saúde que deve ser compartilhada com a sociedade e Estado⁽⁶⁾. Assim, programas educativos focados exclusivamente em disseminar informações técnicas e recomendações têm se mostrado pouco efetivos, emergindo a necessidade de compreender e abordar questões mais amplas e pessoais associadas às mudanças de comportamentos relacionados à saúde. O abandono de hábitos prejudiciais à saúde, como o consumo abusivo do álcool, tabaco, sedentarismo, a baixa qualidade do sono, isolamento social e a má alimentação podem requerer esforços individuais adicionais não contemplados pelo modelo biomédico de saúde^(4,5). Nesse contexto, as práticas de saúde consideradas alternativas e complementares às condutas biomédicas tradicionais podem contribuir para o desenvolvimento do autocuidado, empoderando a população na busca pela saúde^(6,7).

Diversas práticas atualmente difundidas têm a espiritualidade como aspecto central e comum, entre elas, a ioga, meditação, tai chi, entre outras^(6,7). As evidências sobre os efeitos positivos da espiritualidade nos desfechos relacionados à saúde têm crescido nos últimos anos, porém o conhecimento tem sido concentrado no estudo de pacientes com doenças em fase terminal. Estes estudos apontam que a espiritualidade protege os pacientes de complicações clínicas, alivia sintomas e efeitos colaterais de tratamentos medicamentosos, contribuindo muitas

vezes, para o aumento da sobrevida com qualidade e conforto⁽⁸⁾. Estudos mencionam que estes efeitos positivos se estendem aos acompanhantes e familiares, facilitando o enfrentamento do luto^(8,9). Os mecanismos apontados para esses efeitos compreendem três possibilidades: 1) benefícios associados à saúde mental, melhora do humor, motivação mediante a liberação de hormônios e outras substâncias associadas ao prazer e felicidade; 2) benefícios associados à redução do estresse; 3) benefícios associados a processos que melhoram o funcionamento do sistema imunológico⁽¹⁰⁾. Contudo, são escassos os estudos que abordaram a espiritualidade em pessoas saudáveis e ativas na comunidade. Desse modo, o conhecimento sobre as contribuições da espiritualidade na prevenção primária e na promoção de saúde são ainda fragmentados. Considerando a expansão das PICS (Práticas Integrativas e Complementares) na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na atenção primária, emerge a necessidade de ampliar o debate sobre o tema, a fim de fundamentar e fortalecer essas práticas continuamente⁽¹¹⁾.

A espiritualidade é considerada um dos domínios da qualidade de vida, por funcionar como estratégia psicológica para o enfrentamento de doenças, incapacidades e morte, especialmente na velhice⁽¹²⁾. Embora o conceito de espiritualidade seja diferente de religiosidade, esses aspectos estão intimamente relacionados, e são reconhecidos por serem preditores de desfechos positivos em saúde^(9,10). A adesão aos princípios de uma religião e a frequente participação em cerimônias religiosas associaram-se a menores taxas de mortalidade⁽¹²⁾ e doenças⁽¹³⁾, dado que o efeito do envolvimento religioso na saúde e o efeito do exercício físico na doença cardíaca coronariana são comparáveis⁽¹⁴⁾.

Estudos brasileiros têm se dedicado a compreender o papel da espiritualidade na saúde das pessoas. Assim, compreende-se que o envelhecimento bem-sucedido é influenciado por crenças pessoais⁽¹³⁾, bem como, a espiritualidade é um fator protetor contra o estresse e a depressão, frente à incapacidade e problemas graves de saúde, tais como câncer, nefropatias e doenças terminais. Além disso, há relação entre níveis elevados de espiritualidade com melhores estratégias para lidar com a finitude e o luto⁽¹⁴⁾.

Para além do seu papel em condições extremas de precariedade em saúde, a espiritualidade pode exercer influência sobre os comportamentos de saúde que protegem as pessoas de doenças crônicas e incapacidades, tais como, alimentação saudável e prática de atividade física, assim como, não fumar tabaco ou consumir bebidas alcoólicas^(1,2).

Entretanto, as relações entre espiritualidade e comportamentos saudáveis, especialmente em idosos no contexto da atenção primária brasileira ainda representam uma lacuna na literatura. Portanto, o objetivo do estudo reside na investigação sobre as relações entre espiritualidade e comportamentos saudáveis em idosos atendidos na atenção primária à saúde. A hipótese é que as motivações que levam as pessoas a se conectarem com entidades imateriais e transcenderem em direção a algo reconhecido como sagrado, se assemelhem às razões que estimulam o autocuidado relacionado à manutenção da vida, do corpo e da mente, e conseqüentemente, à saúde⁽⁹⁻¹⁴⁾.

MÉTODOS

O presente estudo corresponde à análise transversal de dados oriundos da linha de base de um estudo longitudinal desenhado para investigar os determinantes do declínio funcional em idosos atendidos na atenção primária à saúde⁽¹⁵⁾. Com publicação prévia, obtiveram-se os procedimentos para o cálculo amostral e para seleção da amostra⁽¹⁵⁾, sendo estes adotados para a obtenção de amostra representativa dos idosos atendidos na atenção primária à saúde no município, totalizando 201 participantes. A partir de usuários com idade igual ou superior a 60 anos, que residiam no território adscrito na unidade de saúde, e que concordaram com a participação, iniciou-se a pesquisa. Não se incluíram idosos hospitalizados, institucionalizados, acamados, com dependência funcional grave, demência avançada e doença em fase terminal, critérios adotados para atender ao objetivo principal do estudo maior e reduzir os vieses de seleção e avaliação na linha de base. Essa estratégia tem sido adotada em estudos epidemiológicos com a população idosa e justificam-se pelo fato de o protocolo de pesquisa ser baseado em medidas de desempenho físico e de autorrelato que requerem a compreensão de instruções e comandos verbais^(16,17).

O recrutamento dos participantes aconteceu na unidade de saúde, enquanto aguardavam atendimentos previamente agendados com a equipe de saúde. Após receberem informações sobre a pesquisa, com explicação sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes participavam da entrevista, com duração de aproximadamente 60 minutos. A coleta de dados realizou-se por pesquisadores treinados pela coordenadora do estudo, seguindo as recomendações para aplicação dos instrumentos específicos, de acordo com estudos nacionais conduzidos com pessoas idosas^(16,17).

A partir de descrição sobre as variáveis e instrumentos utilizados no presente estudo, avaliou-se a espiritualidade por meio da Escala de Espiritualidade^(12,18). O instrumento é composto por cinco afirmações: 1) as minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida; 2) a minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis; 3) vejo o futuro com esperança; 4) sinto que a minha vida mudou pra melhor; 5) aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida. As respostas consistiam em uma escala *Likert* que variava entre 1 – não concordo – a 4 – concordo plenamente. Somaram-se os valores das respostas, de modo que, o escore variou de 5 a 20. Quanto maior a pontuação, maior o nível de espiritualidade^(12,18). O instrumento apresentou-se confiável na presente amostra, resultando em α de *Cronbach* de 0,748.

Quanto ao tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, perguntou-se ao participante se este era fumante atualmente, registrando-se as respostas *sim* e *não*. Realizou-se o mesmo procedimento para investigação do consumo de bebidas alcoólicas com frequência ou em excesso. Assim, o consumo frequente definiu-se pelo consumo de bebidas alcoólicas por mais de três vezes na semana, enquanto o consumo em excesso definiu-se pelo consumo de mais de duas doses em uma única ocasião, bem como registraram-se as respostas “sim” e “não”⁽⁴⁾.

Para o consumo de frutas e vegetais, questionou-se sobre a frequência de consumo com as seguintes opções de resposta: todos os dias; de quatro a seis dias/semana; um a três dias/semana; menos de uma vez por semana; menos de uma vez por mês ou nunca. Classificaram-se os participantes com o consumo adequado de frutas e vegetais por aqueles que consumiam pelo menos uma porção de frutas e uma porção de vegetais por dia⁽⁴⁾.

Em relação ao consumo de água, perguntou-se se o participante consumia pelo menos aproximadamente dois litros de água diariamente. As opções de resposta eram sim (1) e não (0)⁽⁴⁾.

Obteve-se a satisfação com o sono e com as relações pessoais por pergunta extraída do *WHOQoL* versão breve⁽¹⁹⁾. Avaliou-se a satisfação com o sono pela pergunta “quão satisfeito você está com o seu sono”, tendo como opções de respostas: satisfeito (muito satisfeito e satisfeito) e insatisfeito (insatisfeito, muito insatisfeito e nem satisfeito nem insatisfeito). Também houve questionamento sobre o nível de satisfação do participante com as relações pessoais, sendo as categorias operacionalizadas da mesma forma.

Investigou-se a prática regular de atividade física por meio da versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)⁽²⁰⁾. Essa versão considera o número de dias da semana e o tempo por dia dedicado à atividade física no lazer, incluindo caminhada, atividades moderadas e vigorosas; nas atividades domésticas e no trabalho. Assim, calculou-se o tempo semanal em minutos e sua utilização para classificar os grupos em ativos, insuficientemente ativos e sedentários. Devido à baixa prevalência de participantes insuficientemente ativos, compreendeu-se esse grupo como de pessoas sedentárias. Por outro lado, classificou-se como um grupo de pessoas ativas os participantes que praticam pelo menos 150 minutos semanais de atividade moderada ou caminhada e/ou 75 minutos semanais de atividades vigorosas.

Os indicadores sociodemográficos compreenderam sexo (masculino/feminino), faixa etária (60-74/75+) e escolaridade (até 4 anos/5 anos ou mais).

Realizaram-se análises descritivas para todas as variáveis, a fim de caracterizar a amostra. Obtiveram-se os dados testados quanto à normalidade pelo teste *Shapiro-Wilk*, que revelou a normalidade ($p > 0,05$). Em seguida, compararam-se as médias de espiritualidade entre os grupos de comportamentos de saúde e indicadores sociodemográficos pelo teste *t Student*, cujos valores de $p < 0,05$ eram considerados significativos. Posteriormente, realizaram-se as análises multivariadas por meio de regressão linear múltipla – método *enter* –, considerando a espiritualidade como variável dependente, e cada um dos comportamentos de saúde investigados como variáveis independentes, controlados ou não pelos indicadores sociodemográficos, além de análise de dados feita pelo programa *IBM SPSS*, versão 24.

O projeto de pesquisa recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, Minas Gerais, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro sob Parecer nº. 2.557.676.

RESULTADOS

Os participantes caracterizaram-se por ser a maioria do sexo feminino, com idade entre 60 e 74 anos e por terem frequentado escola formal por até quatro anos. Com relação aos comportamentos de saúde, 25 (12,4%) eram tabagistas atuais; 14 (7%) relataram consumo bebidas alcoólicas frequente ou em excesso; 107 (53,2%) e 84 (41,8%) relataram que não consumiam frutas e vegetais diariamente, respectivamente. Houve constatação de um consumo insuficiente de água (<2 litros por dia aproximadamente) por 87 (45,3%) dos idosos. Relatou-se a insatisfação com o sono e com as relações pessoais por 80 (39,8%) e 36 (17,9%) dos participantes, respectivamente. Classificou-se,

aproximadamente, um terço dos idosos enquanto sedentário ou insuficiente ativo (Tabela I). Obteve-se a média do escore na Escala de Espiritualidade de $16,02 \pm 2,71$, e a mediana por 15 ± 4 , com pontuação variando de 8 a 20.

Tabela I - Características da amostra. Uberaba, Minas Gerais, 2019.

Características	F (%)
Sexo	
Masculino	46 (22,9)
Feminino	155 (77,1)
Faixa etária	
60-74 anos	159 (79,1)
>75 anos	42 (20,9)
Escolaridade	
Até 4 anos	110 (54,7)
5 anos ou +	91 (45,3)
Tabagismo	
Não	176 (87,6)
Sim	25 (12,4)
Consumo de bebidas alcoólicas	
Não	187 (93)
Sim	14 (7)
Consumo de frutas	
Insuficiente	107 (53,2)
Suficiente	94 (46,8)
Consumo de vegetais	
Insuficiente	84 (41,8)
Suficiente	117 (58,2)
Consumo de água	
Insuficiente	87 (45,3)
Suficiente	104 (54,2)
Satisfação com o sono	
Insatisfeito	80 (39,8)
Satisfeito	121 (60,2)
Satisfação com as relações sociais	
Insatisfeito	36 (17,9)
Satisfeito	165 (82,1)
Atividade física	
Insuficiente/sedentário	60 (30,9)
Ativo	134 (69,1)

F: Frequência

Compararam-se as médias do escore na Escala de Espiritualidade entre os grupos quanto aos comportamentos de saúde e indicadores sociodemográficos, revelando associações significativas com todos os comportamentos, exceto com o consumo de álcool. Os níveis de espiritualidade apresentaram-se significativamente maiores nos grupos que com comportamentos saudáveis quando comparados aos seus pares. Não se observaram associações entre espiritualidade e indicadores sociodemográficos (Tabela II).

Tabela II - Distribuição das médias de espiritualidade e associações com indicadores sociodemográficos e comportamentos de saúde em idosos. Uberaba, Minas Gerais, 2019.

Indicadores sociodemográficos e comportamentos de saúde	m (DP)	p
Sexo		
Masculino	15,74 (2,23)	0,450
Feminino	16,10 (2,83)	
Faixa etária		
60-74 anos	16,08 (2,78)	0,522
>75 anos	15,78 (2,42)	
Escolaridade		
Até 4 anos	15,88 (2,67)	0,420
5 anos ou +	16,20 (2,76)	
Tabagismo		
Não	16,20 (2,57)	0,014
Sim	14,76 (3,33)	
Consumo de bebidas alcoólicas		
Não	16,00 (2,72)	0,694
Sim	16,31 (2,72)	
Consumo de frutas		
Insuficiente	15,46 (2,63)	0,003
Suficiente	16,62 (2,68)	
Consumo de vegetais		
Insuficiente	15,30 (2,54)	0,002
Suficiente	16,50 (2,72)	
Consumo de água		
Insuficiente	15,55 (2,71)	0,017
Suficiente	16,49 (2,65)	
Satisfação com o sono		
Insatisfeito	15,50 (2,86)	0,032
Satisfeito	16,36 (2,57)	
Satisfação com as relações sociais		
Insatisfeito	14,59 (3,01)	0,001
Satisfeito	16,33 (2,55)	
Atividade física		
Insuficiente/sedentário	14,93 (2,86)	<0,001
Ativo	16,52 (2,50)	

M: média; DP: desvio padrão; p: valor de p

Por meio das análises multivariadas, avaliaram-se as relações entre espiritualidade e cada um dos comportamentos de saúde investigados, controlados ou não, por indicadores sociodemográficos. Os resultados revelaram que a prática de atividade física (β :0,225; IC= 0,507-2,131) e a satisfação com as relações sociais (β :0,190; IC= 0,360-2,351) relacionaram-se à espiritualidade mais elevada mesmo após controle por indicadores sociodemográficos. Mais informações podem ser observadas na Tabela III.

Tabela III - Relações entre espiritualidade e comportamentos de saúde, controladas por indicadores sociodemográficos. Uberaba, Minas Gerais, 2019.

Indicadores sociodemográficos	β (IC 95%) ^a	β (IC 95%) ^b
Tabagismo (ref. não)	-0,096 (-1,923-0,331)	-0,110 (-2,050-0,232)
Consumo de bebidas alcoólicas (ref. não)	0,031 (-1,096-1,767)	0,047 (-0,964-1,967)
Consumo de frutas (ref. não)	-0,067 (-0,520-0,243)	-0,071 (-0,531-0,236)
Consumo de vegetais (ref. não)	0,130 (-0,295-1,742)	0,110 (-0,425-1,646)
Consumo água (ref. não)	0,048 (-0,503-1,020)	0,042 (-0,545-0,996)
Satisfação com o sono (ref. insatisfeito)	0,071 (-0,360-1,150)	0,077 (-0,332-1,184)
Satisfação com as relações sociais (ref. insatisfeito)	0,181 (0,304-2,280)*	0,190 (0,360-2,2-351)*
Atividade física (ref. sedentário)	0,219 (0,479-2,095)*	0,225 (0,507-2,131)*

a: Não controlados por indicadores sociodemográficos; b: Controlados por indicadores sociodemográficos; β : coeficiente; IC: Intervalo de confiança; * $p < 0,05$; ref: referente a

DISCUSSÃO

O presente estudo explorou as relações entre os níveis de espiritualidade e os comportamentos de saúde, a fim de testar a hipótese de que uma maior espiritualidade estaria associada a comportamentos saudáveis. Os resultados confirmaram a hipótese, contribuindo para o avanço do conhecimento científico sobre o tema e possibilitando o aprofundamento do debate sobre o papel do autocuidado nas mudanças de comportamentos relacionados à saúde.

Encontraram-se, no atual estudo, relações entre espiritualidade e comportamentos saudáveis relacionados à alimentação, prática de atividade física, ausência de tabagismo, satisfação com o sono e relações sociais. Esses resultados confirmam que a espiritualidade é maior em idosos que adotam hábitos saudáveis, além da relação entre a prática de atividade física e a satisfação com as relações sociais à espiritualidade mais elevada. Outros estudos identificaram que pessoas com maior espiritualidade apresentavam tendência a adotar melhores hábitos alimentares, praticavam atividade física e não aderiram ao tabagismo e etilismo^(14,21-24).

Parte dessas relações pode ser explicada pela conveniência promovida pela organização das atividades na comunidade, cujos programas e grupos de atividades físicas e outras atividades sociais tendem a ocorrer em espaços compartilhados com igrejas e templos, privilegiando as pessoas que já estão habituadas a frequentar esses locais. Além disso, algumas religiões desencorajam explicitamente os hábitos de fumar e ingerir bebidas alcoólicas, o que pode contribuir para o abandono desses hábitos⁽²²⁾.

Contudo, esses achados favorecem, ainda, a ampliação e aprofundamento da discussão sobre os mecanismos que possivelmente explicam os benefícios positivos da espiritualidade para a saúde. Uma vez associada a outros comportamentos saudáveis, a espiritualidade pode configurar-se como alvo de intervenções das equipes de saúde, a fim de estimular as mudanças comportamentais necessárias para uma vida mais longa e saudável⁽²⁵⁾. O estudo se insere em um cenário em que prevalecem estudos sobre a espiritualidade nos contextos de finitude, luto e doenças em fase terminal, destacando os efeitos psicológicos das práticas espirituais que auxiliam na resignificação da vida e dos eventos indesejados, especialmente na velhice^(6,7,9,14,25-29).

Esses aspectos da espiritualidade são os mais amplamente difundidos na literatura e são apoiados por mecanismos fisiológicos associados ao estresse e sistema imunológico. A principal contribuição deste estudo é apontar a espiritualidade como meio para estimular o autocuidado, que é entendido como o aspecto comum entre as pessoas que praticam hábitos mais saudáveis. Essa discussão é menos frequente na literatura, embora na prática clínica e nas políticas de saúde essa lógica esteja inerente à implementação das práticas integrativas e complementares, visando ao enfrentamento das doenças crônicas incidentes e incapacitantes na população idosa brasileira⁽⁸⁾.

No cenário em que emergem doenças crônicas que, frequentemente, acompanham a longevidade, entende-se que profissionais e gestores em saúde devem partilhar as responsabilidades pela adoção de estratégias que favoreçam os hábitos de vida saudável, tais como educação em saúde, campanhas sazonais e permanentes, adequação dos espaços físicos e promoção do convívio social^(5,13). Entretanto, muitas vezes, essas estratégias não são suficientes para motivar as mudanças de comportamento dos usuários. Sabe-se que a informação por si só não modifica o comportamento individual relacionado à saúde, o que significa que outros elementos podem influenciar os cuidados com a própria saúde, repercutindo na evolução da doença e no prognóstico clínico – funcional. Nesse sentido, a espiritualidade, reconhecida como um dos recursos psicológicos mais utilizados por idosos para lidar e superar

problemas e adversidades relacionadas à saúde e velhice, pode ser uma estratégia para conectar o indivíduo com o próprio corpo, estimular o autocuidado e, assim, adotar e manter hábitos mais saudáveis.

Os argumentos apresentados devem ser cautelosamente interpretados, no sentido de que o presente estudo suscita perguntas de pesquisa que poderiam ser respondidas por estudos com outros delineamentos metodológicos que possibilitem inferências causais, testem efeitos mediadores, modelos mais complexos e controlados e, também, que abordem os comportamentos de saúde sob outras perspectivas, instrumentos e medidas. Nesse sentido, o estudo apresenta limitações relacionadas à avaliação generalista e autorrelatada sobre o consumo de frutas, vegetais, água e bebidas alcoólicas, por exemplo, que adotou a estratégia de triagem, abordando aspectos gerais sobre cada comportamento de saúde. Essa prática pode ter subestimado a prevalência de comportamentos pouco saudáveis na amostra estudada. Além disso, embora tenham sido empregados procedimentos para compor uma amostra representativa, esta não representa toda a população adscrita no território das Unidades Matriciais de Saúde, uma vez que, a coleta de dados ocorreu nas unidades, não recrutando-se usuários em domicílio.

Desse modo, ações baseadas na promoção da espiritualidade entre os usuários idosos podem contribuir para o estímulo ao autocuidado e, assim, favorecer a adesão e manutenção de comportamentos saudáveis que são essenciais para a prevenção de doenças crônicas e promoção de saúde e qualidade de vida à população idosa na atenção primária.

CONCLUSÃO

A espiritualidade está relacionada com comportamentos saudáveis nos idosos atendidos na atenção primária à saúde. A espiritualidade apresentou-se maior entre os idosos com comportamentos saudáveis, como: não fumar, consumir vegetais e frutas pelo menos uma vez ao dia e pelo menos dois litros de água por dia, ser fisicamente ativo, ter sono e relações sociais satisfatórios, além de relacionar-se com a maior probabilidade de apresentar comportamentos saudáveis.

AGRADECIMENTOS

Às equipes e gestores das Unidades Matriciais de Saúde, aos usuários que aceitaram participar da pesquisa, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CONFLITOS DE INTERESSE

Autores informam a inexistência de conflitos de interesses.

CONTRIBUIÇÕES

Verônica Ribeiro Cardoso, Adriana Cristina de Araújo Figueiredo e Ana Paula Gomes Fernandes contribuíam com a aquisição, análise e interpretação de dados; redação e revisão do manuscrito. **Kamila Cristina dos Santos** contribuiu com a aquisição, análise e interpretação de dados. **Vitória Helena Maciel Coelho e Lislei Jorge Patrizzi Martins** contribuíram com a revisão do manuscrito. **Juliana Martins Pinto** contribuiu com a elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados; redação e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), APQ: 03367-18.

REFERÊNCIAS

1. Chang AY, Skirbekk VF, Tyrovolas S, Kassebaum NJ, Dieleman JL. Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*. 2019;4(3):159-67.
2. Azeredo-Passos VM, Champs APS, Teixeira R, Lima-Costa MFF, Kirkwood R, Veras R, et al. The burden of

- disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. *Popul Health Metr.* 2020;18(Suppl 1):1-15.
3. Trintinaglia V, Bonamigo AW, Azambuja MS. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2021;34:11762.
 4. Azevedo Barros MBA, Lima MG, Medina LPB, Szwarcwald CL, Malta DC. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health.* 2016;15:148.
 5. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Morais OL Neto, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23(6):1799-809.
 6. Janssen-Niemeijer AJ, Visse M, Van Leeuwen R, Leget C, Cusveller BS. The role of spirituality in lifestyle changing among patients with chronic cardiovascular diseases: A literature review of qualitative studies. *J Relig Health.* 2017;56(4):1460-77.
 7. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol.* 2000;19(3):211-22.
 8. Mendes AS, Arantes TC, Martins VE, Nicolussi AC. Práticas integrativas, espirituais e qualidade de vida do paciente com cancer durante o tratamento. *Rev. Eletr. Enferm.* 2020;22:57987.
 9. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, Nasri F, Nacif SAP. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2011;14(1):159-67.
 10. Seybold KS. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. *J Behav Med.* 2007;30(4):303-9.
 11. Macinko J, Andrade FB, Souza PRB Junior, Lima-Costa MF. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brasil). *Rev Saude Publica.* 2018; 52(Suppl 2):1s-9s.
 12. Dias EN, Pais-Ribeiro JL. Propriedades Psicométricas da Escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro: Estudo com pessoas idosas residentes na comunidade. *Rev. Kairós.* 2017;20(4):91-110.
 13. Garces SBB, Figueiró MF, Hansen D, Rosa CB, Brunelli AV, Bianchi PDA, et al. Resiliência entre mulheres idosas e sua associação com o bem-estar espiritual e o apoio social. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2017;22(1):9-30.
 14. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Avezum, AJ. Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. *Rev Bras Cardiol.* 2011;24(1):55-7.
 15. Pinto JM, Carvalho MT, Damasceno DA, Coelho VHM, Walsh IAP, Martins LJP. Determinants of Physical Functioning among Primary Health Care users aged over 60: Design and baseline characteristics of a longitudinal study in a Brazilian city. *Journal of Population Ageing in Latin America.* 2022;1(1):24-48.
 16. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza PRB Junior, Neri AL, Duarte YAO, Castro-Costa E, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-BRAZIL): objectives and design. *Am J Epidemiol.* 2018;187(7):1345-53.
 17. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública.* 2013;29(4):778-92.
 18. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq. med.* 2007;21(2):47-53.
 19. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Ver. Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
 20. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2001;6(2):5-12.
 21. Banerjee D. Loneliness in older people: Spiritual practices as an alternative pathway to action, a treatise from

- India. *J Geriatr Ment Health*. 2021;8(2):63-9.
22. Inoue TM, Vecina MVA. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *J Health Sci Inst*. 2017;35(2):127-30.
23. Palmer JA, Howard EP, Bryan M, Mitchell SL. Physiological and psychosocial factors in spiritual needs attainment for community-dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;76:1-5.
24. Gutierrez J, Devia C, Weiss L, Chantarat T, Ruddock C, Linnell J, et al. Health, community, and spirituality: evaluation of a multicultural faith-based diabetes prevention program. *Diabetes Educ*. 2014;40(2):214-22.
25. Santos EL, Navarine TCRR, Costa MML. O idoso e a espiritualidade: considerações para o cuidado holístico de enfermagem. *Nursing*. 2018;21(244):2342-44.
26. Margaça C, Rodrigues D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Fractal, Rev. Psicol*. 2019;31(2):150-7.
27. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:1-9.
28. Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, Mendonça SS. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde debate*. 2017;41(115):1102-15.
29. Silva ATM, Tavares DMS, Molina NPFM, Assunção LM, Rodrigues LR. Religiosidade e espiritualidade relacionadas às variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde entre idosos. *REME - Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1221.

Endereço para correspondência:

Verônica Ribeiro Cardoso
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Av. Frei Paulino, 30
Bairro: Nossa Sra. da Abadia
CEP: 38025-180 - Uberaba - MG - Brasil
E-mail: ve.ribeirocardoso@gmail.com

Como citar: Cardoso VR, Santos KC, Coelho VHM, Martins LJP, Figueiredo ACA, Fernandes APG, et al. Relações entre espiritualidade e comportamentos saudáveis em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2021;34:11697.
