

RELAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, PADRÕES ALIMENTARES E ESPIRITUALIDADE E/OU RELIGIOSIDADE DE PACIENTES DE UMA CLÍNICA ESCOLA DE NUTRIÇÃO

Helen Costa Netto de Oliveira (IC) e Renata Furlan Viebig (Orientador)

Apoio: PIBIC Mackenzie

RESUMO

Introdução – Indivíduos com maior grau Espiritualidade e/ou Religiosidade (E/R) tendem a apresentar mais cuidados com a saúde e, possivelmente, estado nutricional mais favorável. **Objetivo** – Avaliar a influência da E/R em parâmetros de saúde e no estado nutricional de pacientes adultos atendidos em uma clínica-escola. **Métodos** – Trata-se de estudo transversal, realizado com pacientes atendidos ao longo dos últimos dois anos na clínica-escola de uma Universidade particular de São Paulo/SP. Informações sobre o estilo de vida e estado nutricional foram coletadas em prontuários. Os pacientes responderam questionários de forma remota (DUREL: aborda os principais domínios da religiosidade, já validado no Brasil; FICA: aborda quatro diferentes dimensões da E/R, como fé, crenças e influência). As associações entre variáveis categóricas foram investigadas pelo teste de qui-quadrado e foram analisadas correlações entre E/R e demais variáveis. **Resultados** – A amostra foi formada por 49 pacientes, predominantemente mulheres (77,5%), com idade média de 35,5 anos. A maioria dos pacientes não eram fumantes (93,9%), 51% não consumiam bebidas alcoólicas e 61,2% eram fisicamente ativos. A maioria dos pacientes se considerava espiritualizados (76%) e que suas crenças religiosas ajudavam a lidar com os problemas de saúde (82%). Observou-se correlação moderada e inversa entre IMC e religiosidade intrínseca ($r=-0,39$; $p=0,005$). Fazer parte de comunidade religiosa se correlacionou à ausência do consumo de álcool ($p=0,004$) e pacientes com mais fé utilizavam menos medicamentos ($p=0,027$). **Conclusões** – Componentes importantes da E/R se associaram ao menor consumo de álcool e de medicamentos. Em contrapartida, a relação entre IMC e E/R precisa ser melhor investigada.

Palavras-chave: Religião. Espiritualidade. Estilo de vida.

ABSTRACT

Introduction – A deeper level of Spirituality and/or Religiosity (E/R) can reflect in individuals' better health care and, possibly, a more favorable nutritional status. **Objective** - To evaluate E/R influence on health parameters and nutritional status of adult patients assisted in a University's Nutrition clinic-school of São Paulo-SP. **Method** - This was a cross-sectional study, carried out with patients treated over the past two years at the school-clinic. Information on lifestyle and nutritional status was collected from medical records. Patients answered the following questionnaires remotely: DUREL-which addresses the main domains of religiosity, already validated in Brazil; FICA-which addresses four different dimensions of E/R, such as faith, beliefs, and influence. The present study investigated the associations between categorical variables using the chi-square test, and correlations between E/R and other variables were analyzed. **Results** - The sample consisted of 49 patients, predominantly women (77.5%), with mean age of 35.5 years old. Most patients were not smokers (93.9%), 51% did not consume alcoholic beverages, and 61,2% were physically active. Most patients considered themselves spiritualized (76%) and that their religious beliefs helped to deal with health problems (82%). A moderate and inverse correlation between BMI and intrinsic religiosity ($r=-0.39$; $p=0.005$) was found. Being part of a religious community was correlated with the absence of alcohol consumption ($p=0.004$) and patients with more faith used less medication ($p=0.027$). **Conclusions** - Important components of E/R were associated with lower consumption of alcohol and medications. In contrast to that, the relationship between BMI and E/R needs to be better investigated.

Keywords: Religion. Spirituality. Lifestyle.

1. INTRODUÇÃO

Um número crescente de estudos tem demonstrado a relação entre Espiritualidade e/ou Religiosidade (E/R) e os problemas relativos à saúde física e mental (LUCCHESI; KOENIG, 2013; SHATTUCK; MUEHLENBEIN, 2018; KOENIG et al., 2016; HILL et al., 2016). Nestas pesquisas, os autores têm observado a maior ocorrência de desfechos satisfatórios em pacientes com maior grau de E/R como melhora da saúde, maior expectativa de vida, mais prazer em viver, melhor aceitação em casos de doenças graves (ex. Câncer, SIDA), além de menor prevalência de ansiedade e depressão (AITKEN, 2017; COSTA et al., 2019).

Segundo a Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, publicada em 2019, 80% da população global possui ligação com E/R e por isso, tende a cuidar mais do corpo e da mente, tornando-se motivadores entre as pessoas ao seu redor (SBC, 2019). No enfrentamento de situações difíceis da vida as pessoas com maior grau de E/R tendem a encará-las de maneira mais tranquila, diminuindo a ansiedade, aumentando a esperança e o autocontrole. Entretanto, por vezes ocorre o extremo oposto, quando a religião atrapalha procedimentos médicos ou acarreta peso na consciência do paciente, tornando-se uma fonte de estresse (KOENIG, 2012).

De qualquer forma, cada vez mais existe a necessidade de que a abordagem espiritual seja incluída na prática clínica, buscando conhecer melhor as crenças e os aspectos que interferem nos cuidados de saúde do paciente, bem como sua força espiritual individual, familiar e social para o enfrentamento da doença. Entretanto, devido à falta da abordagem deste assunto nos cursos de graduação, médicos e enfermeiros e demais profissionais da área da Saúde não se sentem preparados para realizar esta abordagem (SBC, 2019).

Neste panorama, torna-se imprescindível discutir a influência da E/R na adoção de hábitos de saúde de indivíduos, como a alimentação e a manutenção de um estado nutricional saudável, buscando desenvolver protocolos de atendimento que proporcionem maior adesão aos tratamentos nutricionais propostos. Ainda são escassos os estudos que investigam o envolvimento religioso das pessoas e o quanto isso colabora na adesão à terapia nutricional e o quanto pode ajudar na mudança de hábitos alimentares. Assim, é necessário que a importante ligação entre alimentação, crenças e práticas religiosas seja mais bem estudada.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a influência da E/R no estado nutricional e parâmetros de saúde de pacientes adultos atendidos em uma clínica-escola paulistana.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A interface entre espiritualidade e/ou religiosidade e os processos de saúde e adoecimento é multifatorial e pode ser atribuída a um maior autocuidado e práticas de comportamentos determinados pela afiliação e participação religiosa como o baixo consumo

de bebidas alcoólicas e tabagismo, menor consumo de drogas, maior prática de atividade física e adoção de hábitos alimentares mais saudáveis (SBC, 2019).

A maioria dos estudos realizados nesta temática tem mostrado relação benéfica entre religiosidade, espiritualidade e variáveis fisiológicas e fisiopatológicas de diversas entidades clínicas, observando-se melhores níveis de Pressão Arterial, de marcadores de inflamação e imunidade, menor ocorrência de dislipidemias, Diabetes Mellitus e doença aterosclerótica, e aumento da longevidade (LUCCHESI; KOENIG, 2013; SHATTUCK; MUEHLENBEIN, 2018; KOENIG et al., 2016; HILL, et al., 2016).

2.1 Conceitos de E/R

Espiritualidade tem a ver com experiência, e representa uma busca para entender o que dá direção a vida e questões do fim da vida, pelo envolvimento pessoal que motiva o cuidado consigo mesmo e com o próximo, podendo estar ou não vinculada a uma instituição religiosa (LUCCHETTI et al., 2010).

Religiosidade é quanto a pessoa segue, acredita e pratica uma religião. A religiosidade pode ser organizacional, quando há a participação em igreja, sinagoga ou templo religioso; ou não organizacional, quando se reza, lê livros religiosos ou assiste programas religiosos pela televisão (LUCCHETTI et al., 2010).

A afiliação e a participação religiosa podem ocasionar a autorregulação de comportamentos relacionados à saúde. Segundo Koenig (2012), três motivos controlam a saúde dos praticantes de uma religião: i. as crenças direcionam e facilitam as decisões diárias resultando numa redução do estresse, ii. os religiosos têm suporte social pois convivem com pessoas que creem nas mesmas coisas e acabam tendo uma ajuda emocional e financeira, iii. eles mantêm hábitos mais saudáveis tendo menos problemas de saúde durante a vida.

De acordo com Oliveira et al. (2013), atividades religiosas praticadas regularmente reduzem entre 25 e 30% o risco de óbito, mostrando assim como pode atuar de forma preventiva nos resultados de saúde. Prováveis motivos pela forma como a religião é capaz de atingir a saúde envolve o respeito ao corpo, gerando melhor nutrição e hábitos de vida; um melhor estado psicológico, trazendo esperança, perdão e amor; melhor técnica para suportar e reduzir o *stress*; e fortalecimento de sistemas psico-neuroimunológicas, psico-neuroendócrinas e psico-fisiológicas (SAAD; MEDEIROS, 2008).

2.2 Nutrição e E/R

Cuidar da saúde sempre foi considerado importante por diferentes civilizações que utilizavam alimentos ou plantas para trazer bem-estar e tratar doenças. Com a evolução da ciência e da tecnologia, essa forma mais humana de tratar doenças foi suprimida, ocorrendo assim um distanciamento entre médico-paciente. Neste cenário a Nutrição tornou-se ineficaz

pois trabalhava de forma geral, olhando mais para o problema. Mas nas últimas décadas este olhar para o cuidar tem mudado com relação a Nutrição no cuidado com a saúde e tratamento de doenças, fazendo com que olhem para o paciente como um todo (LATTERZA et al., 2015).

No Brasil têm ocorrido mudanças nessa área para que se tenha um olhar preventivo e terapêutico, no qual enfatiza-se o Cuidado Integrativo (CI). Em 2006, foi criado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional e o serviço de Práticas Integrativas e Complementar (PNPIC) que engloba medicina tradicional e complementar alternativa, tratando o paciente de forma individual fazendo com que ele esteja envolvido, dentro do possível, em todo seu processo de adoecimento e de melhora da saúde. Dentro do PNPIC há uma proposta de Nutrição Integrativa e Complementar (NIC) que define novas técnicas profissionais que estão conectadas ao comportamento alimentar que incluem valores sociais, culturais, ecológicos, nutricionais e espirituais. O CI tem como base o autoconhecimento e tem o intuito de resgatar a individualidade, ele traz a ideia de que o nutricionista tem a função de um cuidador com um olhar mais aguçado do funcionamento físico, mental, emocional e espiritual de seu paciente. A Nutrição dentro do CI, propõe abordagem centralizada no paciente (LATTERZA et al., 2015).

No campo das religiões, a alimentação tem papel essencial no dia a dia de seus seguidores com permissões, proibições e várias regras religiosas que são frequentemente praticadas. A religiosidade observada é variada e de igual modo a escolha alimentar dos seus integrantes, elas se direcionam para diversas dietas, como vegetariana, macrobiótica, ayurvédica e crudivorismo (LATTERZA et al., 2015).

Na atualidade, é importante que o Nutricionista avalie aspectos relacionados à E/R que possam influenciar desde a adoção de hábitos alimentares até a adesão às recomendações nutricionais específicas para o tratamento de enfermidades.

3. METODOLOGIA

3.1 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi inserida em um projeto de pesquisa docente intitulado “Avaliação da qualidade de vida, hábitos de saúde, estado nutricional e consumo alimentar de grupos populacionais com diferentes enfermidades”. Antes do início da coleta dos dados, por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, por intermédio da Plataforma Brasil.

Após a apresentação dos objetivos e procedimentos do estudo à Instituição de Ensino, foi enviado por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) juntamente com o questionário do *Google forms* e, se o participante havia dado o aceite no TCLE, ele poderia prosseguir para responder ao questionário. Ressalta-se que não houve prejuízo nenhum na

desistência dos participantes na colaboração com a pesquisa e, além disso, foi garantido o sigilo e anonimato dos participantes em todas as etapas do estudo.

O presente estudo apresentou riscos mínimos, uma vez que não foi realizada nenhuma intervenção ou contato de forma presencial. Entretanto, alguns pacientes poderiam se sentir cansados ou desconfortáveis ao responder os questionários e, neste caso, o participante poderia deixar o estudo a qualquer momento, se assim o desejasse.

As informações geradas ao final do presente estudo poderão contribuir para a melhor compreensão da influência de aspectos religiosos e espirituais no autocuidado com a saúde na adesão de recomendações de nutrição, podendo, quando divulgados para a comunidade científica, mantendo-se sempre o anonimato e sigilo das respostas individuais. Além disso, a partir dos resultados pretende-se auxiliar no desenvolvimento de melhores protocolos de atendimento nutricional. No âmbito individual, as informações coletadas poderão trazer maiores subsídios para o atendimento nutricional realizado na clínica-escola.

3.2 Coleta de dados

O presente estudo correspondeu a um estudo transversal, que foi realizado com pacientes da clínica-escola de uma Universidade particular do município de São Paulo. A amostra foi composta por homens e mulheres, voluntários, com idade entre 19 e 64 anos, que faziam parte dos registros de pacientes atendidos na clínica-escola nos últimos dois anos.

Todos os participantes adultos (entre 19 e 64 anos de idade) atendidos na clínica-escola nos 24 meses anteriores ao início da coleta de dados foram considerados elegíveis para participar da pesquisa, porém só foram incluídos no estudo os pacientes que, após o convite formal da equipe de pesquisadores, concordaram, voluntariamente, em responder os questionários complementares que foram aplicados por e-mail.

Inicialmente, foram coletadas informações secundárias a partir de prontuários dos pacientes, como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, crença/prática religiosa e estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física). Foram coletados ainda, por meio da anamnese nutricional rotineira já respondida pelos pacientes da clínica-escola, as seguintes informações: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência de abdômen (CA), história clínica, uso de medicamentos, realização de dietas anteriores e exames bioquímicos (glicemia e perfil lipídico).

Os pacientes da clínica-escola receberam por *e-mail* o TCLE e um *link* eletrônico para responder aos questionários no formato *Google Forms*. Apenas os pacientes que deram o aceite no TCLE puderam seguir para o questionário, o qual continha perguntas simples relacionadas a seu grau de religiosidade e espiritualidade (E/R): i. Índice DUREL, que foi validado no Brasil, sucinto, de fácil aplicação e aborda os principais domínios da religiosidade;

ii. questionário FICA criado por médicos e analisa quatro dimensões (Fé ou Crenças, Importância e Influência, Comunidade e Ação no tratamento), sendo de fácil aplicação e rápida execução.

A Escala de Religiosidade de Duke – DUREL é dividida em três partes, são elas: Religiosidade Organizacional (RO) que se refere à participação e frequência em igrejas, templos ou encontros religiosos; Religiosidade Não Organizacional (RNO) que diz respeito a atividades religiosas que podem ser realizadas a partir da privacidade do lar e que independem da interação com outras pessoas; Religiosidade Intrínseca (RI) trata-se de uma dimensão subjetiva que avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e, de forma geral, a vida do sujeito.

3.3 Análises estatísticas

Na análise dos resultados da DUREL, a RO corresponde a questão 1, a RNO corresponde a questão 2, e a RI corresponde à soma dos escores das afirmativas 3, 4 e 5. A escala de DUREL é invertida, ou seja, quanto menor o escore mensurado por cada dimensão, maior é a religiosidade. As pontuações das dimensões de RO e RNO vão de 1 a 6 separadamente, sendo que 1 representa muita religiosidade e 6 pouca religiosidade, e RI vai de 3 a 15, onde 3 é a pontuação mínima demonstrando muita religiosidade e 15 é a pontuação máxima demonstrando pouca religiosidade. Porém, não há um escore definido pela escala, há somente instruções para contagem da pontuação: RO - reverter item da questão 1 para obter a pontuação da religiosidade organizacional, RNO - reverter item da questão 2 para obter a pontuação da religiosidade não observacional, e RI – reverter itens das questões 3-5 e somá-las para obter pontuação da religiosidade intrínseca. É instruído que se certifique dos itens de pontuação antes da análise e, examine cada uma das dimensões em um modelo de regressão em separado. Ao examinar os resultados, não é recomendada a inclusão de todas as dimensões em um único modelo, devida forte colinearidade múltipla entre elas, e não é recomendado o uso da pontuação total pois pode anular os efeitos dos itens.

As variáveis do estudo foram descritas, inicialmente, por meio de medidas de tendência central (variáveis quantitativas) e distribuição percentual (variáveis categóricas). As associações entre as respostas aos questionários de E/R e as demais variáveis foram investigadas por meio da aplicação do teste qui-quadrado e a correlação de Spearman entre a somatória de RI e as variáveis numéricas foi avaliada em um nível de significância de 5%.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo foi composta por 49 pacientes da clínica-escola sob estudo, sendo a idade média encontrada de 35,5 anos (DP=13,09) e a maioria do sexo

feminino (n= 38; 77,6%). A Tabela 1 ilustra as principais características sociodemográficas e de estilo de vida desses pacientes.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes da clínica escola de uma Universidade paulistana, de acordo com características sociodemográficas e de estilo de vida. São Paulo, 2021.

Variáveis	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n = 38	%	n = 11	%	n = 49	%
Idade (anos)						
20 -- 30	15	39,5	8	72,7	23,0	46,9
30 -- 40	7	18,4	3	27,3	10,0	20,4
40 -- 50	3	7,9	0	0,0	3,0	6,1
50 -- 60	9	23,7	0	0,0	9,0	18,4
60 -- 70	4	10,5	0	0,0	4,0	8,2
Estado civil						
Solteiro/a	25	65,8	11	100,0	36	73,5
Casado/a	11	28,9	0	0,0	11	22,4
Divorciado/a	2	5,3	0	0,0	2	4,1
Grau de escolaridade						
Ensino Médio	5	13,2	4	36,4	9	18,4
Superior	25	65,8	7	63,6	32	65,3
Pós-graduação	8	21,1	0	0,0	8	16,3
Tabagismo						
Sim	2	5,3	1	9,1	3	6,1
Não	36	94,7	10	90,9	46	93,9
Etilismo						
Sim	19	50,0	5	45,5	24	49,0
Não	19	50,0	6	54,5	25	51,0
Atividade física						
Sim	20	52,6	10	90,9	30	61,2
Não	18	47,4	1	9,1	19	38,8

Na Tabela 1, observa-se que houve predomínio do sexo feminino no presente estudo (77,6%), assim como em alguns trabalhos realizados nos últimos anos em clínicas-escola de Nutrição, como o realizado por Sabóia et al. (2016), com pacientes de uma clínica-escola de São Luís/MA, no qual a maioria dos pacientes eram do sexo feminino (81,5%). Outro estudo na mesma clínica-escola, realizado por Pereira et al. (2021), também relatou predomínio de mulheres (74,1%). Na pesquisa de Soares et al. (2017), realizada com pacientes da clínica escola em Americana/SP, houve também maior prevalência de do sexo feminino (78%). Segundo Sabóia et al. (2016) e Pereira et al. (2021) estes achados poderiam ser justificados pelo fato de as mulheres darem maior atenção as informações e cuidados com a saúde.

É possível observar que a maioria dos pacientes da amostra tinha entre 20 e 40 anos (67,3%), sendo que nenhum paciente do sexo masculino tinha idade superior a 40 anos, e apenas 4 pacientes eram idosos (Tabela 1). Quanto à faixa etária predominante em estudos

realizados em clínicas-escola, os trabalhos divergem um pouco, sendo que na pesquisa de Sabóia et al. (2016) e Soares et al. (2017) a faixa predominante está entre 40 e 50 anos (30,3% e 28%, respectivamente). Na pesquisa de Pereira et al. (2021) houve predomínio de adultos na clínica maranhense (54,1% tinham entre 20 e 60 anos). não especificam uma faixa de idade.

Em relação ao estado civil, observa-se que a maioria dos pacientes do presente estudo estavam solteiros (73,5%) e com respeito à escolaridade, todos os pacientes apresentavam pelo menos o Ensino Médio completo (Tabela 1). De maneira diferente, no estudo de Sabóia et al. (2016), pouco mais da metade (53,6%) do grupo de pacientes maranhenses possuía o Ensino Médio completo ou incompleto e 58,0% viviam sem companheiro. No trabalho de Oliveira e Pereira (2014), realizado com pacientes de uma clínica-escola de Nutrição em Belo Horizonte, encontrou-se 45,5% dos pacientes com escolaridade até o Ensino Fundamental e 27,3% com o Ensino Médio completo.

Com relação ao estilo de vida, verificou-se que a grande maioria dos pacientes do presente estudo não eram fumantes (93,9%). Além disso, metade da amostra não fazia uso de bebidas alcoólicas (51%), sendo que dentre os que consumiam estas bebidas, 10,2% o faziam diariamente, 16,3% semanalmente, 12,2% quinzenalmente e 10,2% uma vez por mês. Nas pesquisas de Sabóia et al. (2016) e Pereira et al. (2021), também foi observada a maior frequência de não fumantes (96,8% e 98,8%, respectivamente). Além disso, no estudo de Saboia et al. 74,4% não consumiam bebidas alcoólicas, assim como 72,9% dos pacientes estudados por Pereira et al. (2021).

Pouco mais da metade das mulheres (52,6%) e 90,9% dos homens da amostra do presente estudo praticavam atividade física. Diferentemente nas pesquisas de Sabóia et al. (2016) e Pereira et al. (2021), foi observada uma maior frequência de pacientes que não praticam atividade física (74,6% e 64,7%, respectivamente).

Na Tabela 2 observa-se que 48,9% dos pacientes tinham excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$), sendo que o IMC médio encontrado foi de $25,8 \text{ Kg/m}^2$ ($DP=5,55$), representando sobrepeso. Um quarto da amostra, 24,4%, tinha algum grau de obesidade. Com relação à circunferência abdominal (CA), nos prontuários havia dados disponíveis para 31 pacientes e dentre estes, 45,2% apresentavam risco de doença cardiovascular de acordo com esta medida, sendo a circunferência abdominal média apurada de 83,4cm ($DP=10,56$).

Os achados sobre estado nutricional da presente pesquisa apontam uma menor prevalência de excesso de peso do que a apontada em outros estudos como o de Sabóia et al. (2016), realizado no Maranhão, no qual 77,1% dos pacientes foram considerados acima do peso saudável. Em outra pesquisa, realizada por Marinho et al. (2017) realizada com

pacientes adultos de ambos os sexos em uma clínica-escola em Americana/SP, a grande maioria dos pacientes apresentaram excesso de peso (95%), sendo maior a prevalência em pacientes do sexo feminino (57,3%).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes da clínica escola de uma Universidade paulistana de acordo com características antropométricas e clínicas. São Paulo, 2021.

Variáveis	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)* (n=49)						
Baixo peso	3	7,9	0	0,0	3	6,2
Peso adequado	16	42,1	6	54,5	22	44,9
Sobrepeso	11	28,9	1	9,1	12	24,5
Obesidade grau I	6	15,8	4	36,4	10	20,4
Obesidade grau II	1	2,6	0	0,0	1	2,0
Obesidade grau III	1	2,6	0	0,0	1	2,0
Classificação da Circunferência Abdominal (CA)* (n=31)						
Com risco cardiovascular	7	29,2	7	100,0	14	45,2
Sem risco cardiovascular	17	70,8	0	0,0	17	54,8
Uso de medicamentos (n=49)						
Não	17	44,7	7	63,6	24	49,0
Sim	21	55,3	4	36,4	25	51,0
Realização de dietas anteriores (n=46)						
Sim, nutricionista	6	16,7	5	50,0	11	23,9
Sim, médico	4	11,1	1	10,0	5	10,9
Sim, meios de comunicação	2	5,6	0	0,0	2	4,3
Sim, outros	9	25,0	2	20,0	11	23,9
Não	15	41,7	2	20,0	17	37,0
Classificação da Glicemia (n=15)						
Pré-diabetes	0	0,0	1	33,3	1	6,7
Sem diabetes	12	100,0	2	66,7	14	93,3
Classificação do Perfil Lipídico **(n = 18)						
Com dislipidemia	5	35,7	2	50,0	7	38,9
Sem dislipidemia	9	64,3	2	50,0	11	61,1

*WHO, 2000. **FALUDI et al., 2017.

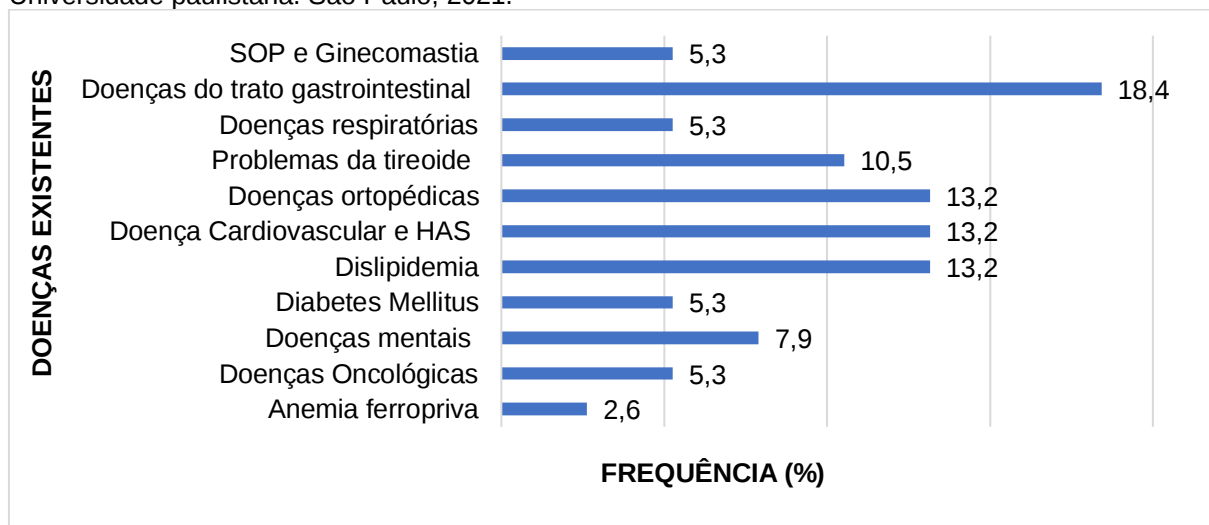
No presente estudo, a prevalência de pacientes com valores elevados de CA foi de 45,2%, sendo que todos os homens apresentaram risco cardiovascular (Tabela 2). No estudo de Magalhães, Souza e Mendonça (2020), com pacientes adultos de ambos os sexos de uma clínica escola de Barbacena/MG, uma prevalência ainda maior de pacientes (57,8%) encontrava-se em risco para doenças cardiovasculares segundo valores de CA.

Ainda na Tabela 2, é possível observar que metade da amostra utilizava medicamentos diariamente. Sessenta e três por cento dos pacientes relataram que já haviam realizado algum tipo de dieta anteriormente, sendo que 23,9% tinham recebido orientações de Nutricionistas. Não havia dados de prontuário sobre dietas para 3 pacientes.

Com relação à classificação dos valores de glicemia de jejum, observou-se que apenas um paciente do sexo masculino foi considerado com pré-diabetes, sendo o valor médio de glicemia encontrado, de 86,6mg/dL (DP=7,27), indicativo de glicemia normal. Infelizmente, não havia em prontuários os valores deste exame para 34 pacientes (69,4%). No caso do perfil lipídico, foi possível encontrar 7 (38,9%) pacientes com dislipidemia. Os valores médios encontrados foram: colesterol total = 207,3mg/dL (DP=43,3), HDL-colesterol = 56,44mg/dL (DP=11,5), LDL-colesterol = 119,0 (DP=39,21) e triglicerídeos séricos = 144,4mg/dL (DP=78,77), sendo que não havia informação sobre LDL-colesterol no prontuário de 31 pacientes (Tabela 2).

Na Figura 1 é possível identificar as doenças referidas pelos participantes do presente estudo em prontuários. Com relação à prevalência de doenças pré-existentes, observou-se que os problemas gastrointestinais (18,4%) foram os mais citados, seguido por alteração no perfil lipídico, doença cardiovascular e HAS, e doenças ortopédicas com 13,2% cada um. Na pesquisa de Marinho et al. (2017), a hipertensão foi a doença pré-existente mais referida entre seus pacientes (33,3%), seguida pelas dislipidemias (21,9%) e Diabetes mellitus (16,6%).

Figura 1 – Prevalência de doenças pré-existentes relatadas pelos pacientes da clínica escola da Universidade paulistana. São Paulo, 2021.



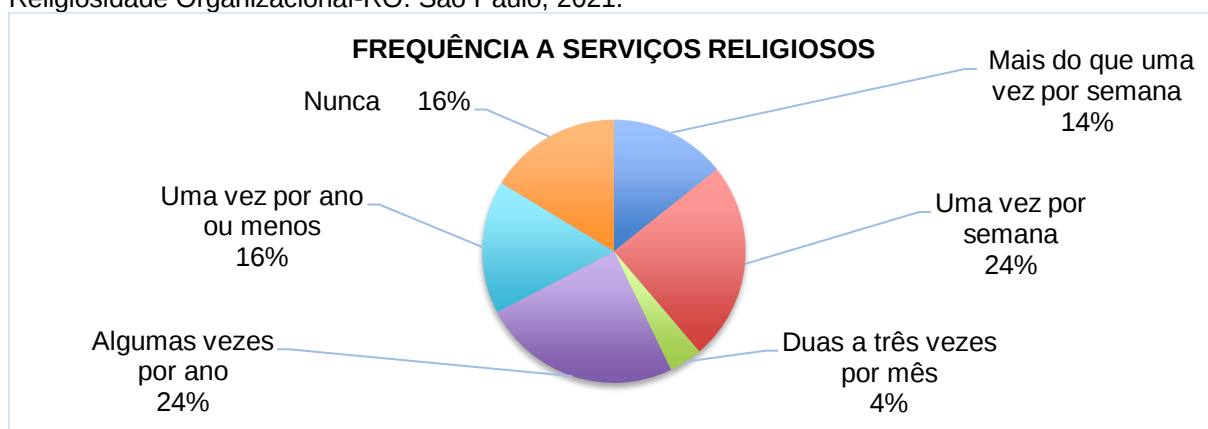
SOP: Síndrome do Ovário Policístico; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

A temática que relaciona a E/R com marcadores de saúde e alimentação ainda é bastante recente e os estudos são ainda escassos. Além disso, não foram encontrados estudos que tivessem utilizado os questionários de E/R aplicados na presente pesquisa em pacientes de clínica escola de Nutrição ou de outra especialidade da área da Saúde. Dessa forma, os resultados obtidos serão comparados com estudos que tenham aplicado as escalas em adultos brasileiros, mas não necessariamente sejam pacientes de uma clínica-escola.

4.1 DUREL – Índice de religiosidade da universidade de Duke

Mediante a aplicação da escala DUREL verificou-se aspectos de religiosidade dos pacientes, sendo que a RO e a RNO são considerados indicadores de saúde física, mental e de suporte social. Na dimensão RO, que demonstra o envolvimento dos pacientes em atividades em igrejas ou templos, observou-se que 14% (n=7) frequentavam serviços religiosos mais do que uma vez por semana, sendo mais da metade desses sujeitos do sexo feminino (57%). Em contrapartida, 8 pacientes (16%) relataram nunca frequentar igreja, templo ou participar de encontro religioso (Figura 2).

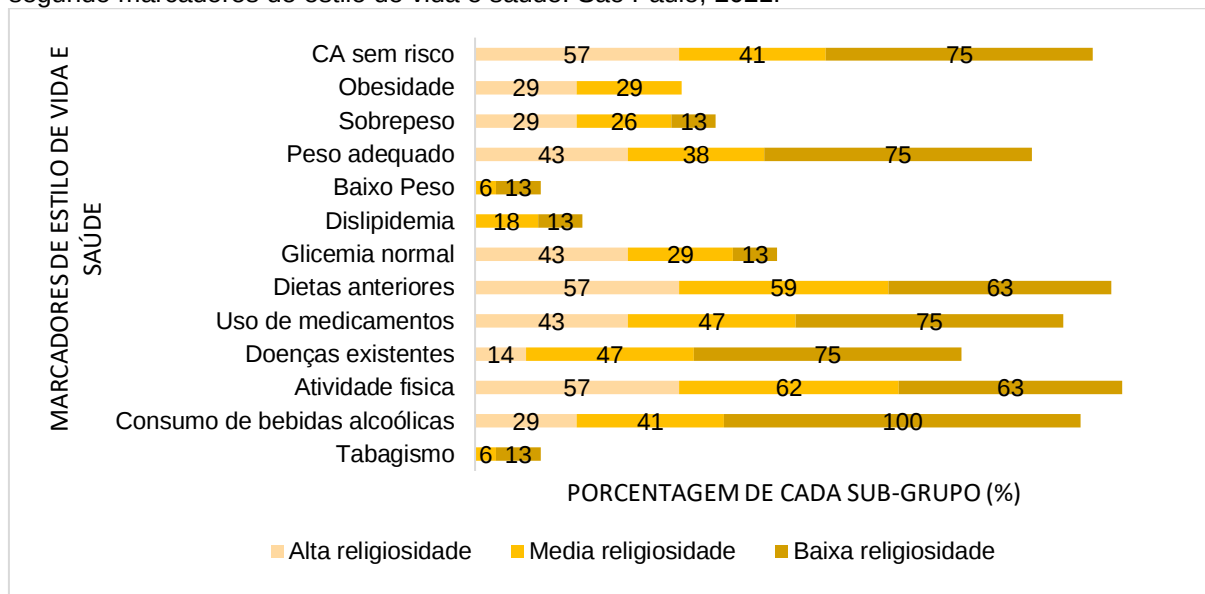
Figura 2 – Distribuição das respostas dos pacientes da clínica escola relacionadas na dimensão Religiosidade Organizacional-RO. São Paulo, 2021.



Em estudo realizado por Oliveira et al. (2013) com pacientes de ambos os sexos, de um Hospital de Marília/SP, verificou-se que 26,7% dos entrevistados afirmaram participar de encontros religiosos mais de uma vez por semana e apenas 2% disseram nunca frequentar serviços religiosos. Já no trabalho de Cres et al. (2015) realizado com adultos de ambos os sexos, em um Centro Universitário de São Paulo, 25,5% dos entrevistados frequentam assiduamente cultos religiosos e 7,3% relataram nunca frequentar cultos ou cultos religiosos. Na pesquisa de Abuchaim (2018), realizada com acadêmicos de um curso de Medicina de Universidade paulistana pública, mostrou que 4,2% dos sujeitos da pesquisa frequentavam instituições religiosas mais do que uma vez por semana, porém, 30,2% nunca o faziam.

Segundo a RO, 14% (n=7) dos pacientes foram classificados com “alta religiosidade”, sendo este grupo formado pelos sujeitos da amostra que responderam que frequentavam uma igreja, templo ou alguma instituição religiosa “mais de uma vez por semana” e detectamos neste subgrupo um maior cuidado com a saúde. Ainda segundo a RO, 16% (n=8) dos pacientes foram classificados com “baixa religiosidade”, representando aqueles que responderam “nunca” para a pergunta realizada. A pontuação média encontrada na dimensão RO foi de 3,53 (DP=1,72), de um total possível de 6 pontos. A Figura 3 mostra a distribuição dos pacientes segundo a RO e marcadores de estilo de vida e saúde.

Figura 3 – Distribuição das respostas relacionadas na dimensão Religiosidade Organizacional-RO segundo marcadores de estilo de vida e saúde. São Paulo, 2021.



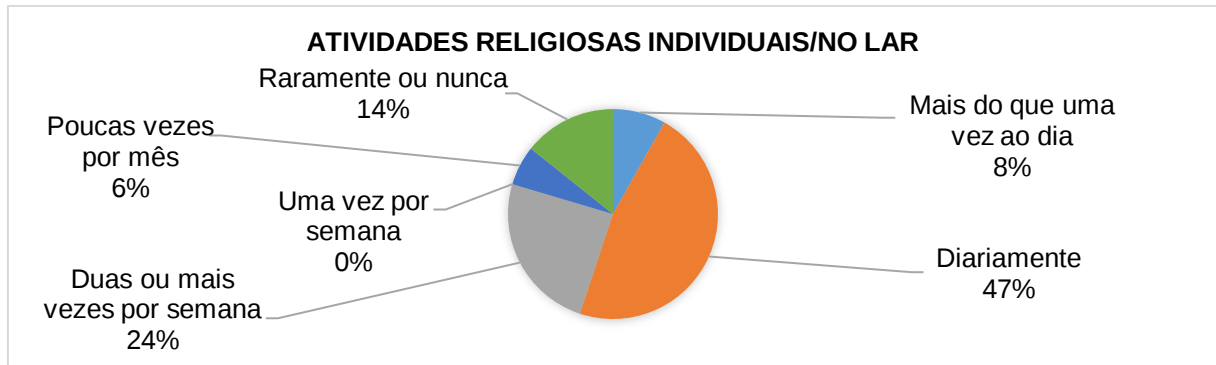
CA: circunferência abdominal.

4.2 Religiosidade não organizacional – RNO

A RNO é mensurada segundo o tempo dedicado a atividade religiosas individuais na privacidade do lar. Nesta dimensão, encontrou-se que 8% (n=4) dos pacientes relataram dedicar-se mais de uma vez por dia um tempo a atividades religiosas realizadas em particular, como preces, meditações leitura da bíblia ou outros textos religiosos. Por outro lado, 14% dos pacientes disseram que nunca realizavam atividades religiosas individuais (Figura 4).

No presente estudo, 55% dos pacientes realizavam atividades religiosas no lar diariamente, sendo que 8% o faziam duas vezes por dia (Figura 4). Na pesquisa de Oliveira et al. (2013), observou-se que 18,8% dos pacientes do interior de São Paulo se organizavam mais de uma vez por dia para realizar atividades religiosas individuais, sendo que 7,9% nunca realizavam essas atividades a sós. De maneira similar, na pesquisa de Cres et al. (2015), 18,5% do grupo universitário paulistano estudado responderam que se dedicavam mais de uma vez ao dia atividades religiosas de forma mais pessoal e 9,5% disseram nunca realizar este tipo de atividades. Por outro lado, no estudo de Abuchaim (2018) com acadêmicos de Medicina de São Paulo, 47% nunca dedicavam tempo a atividades relacionadas à E/R no lar.

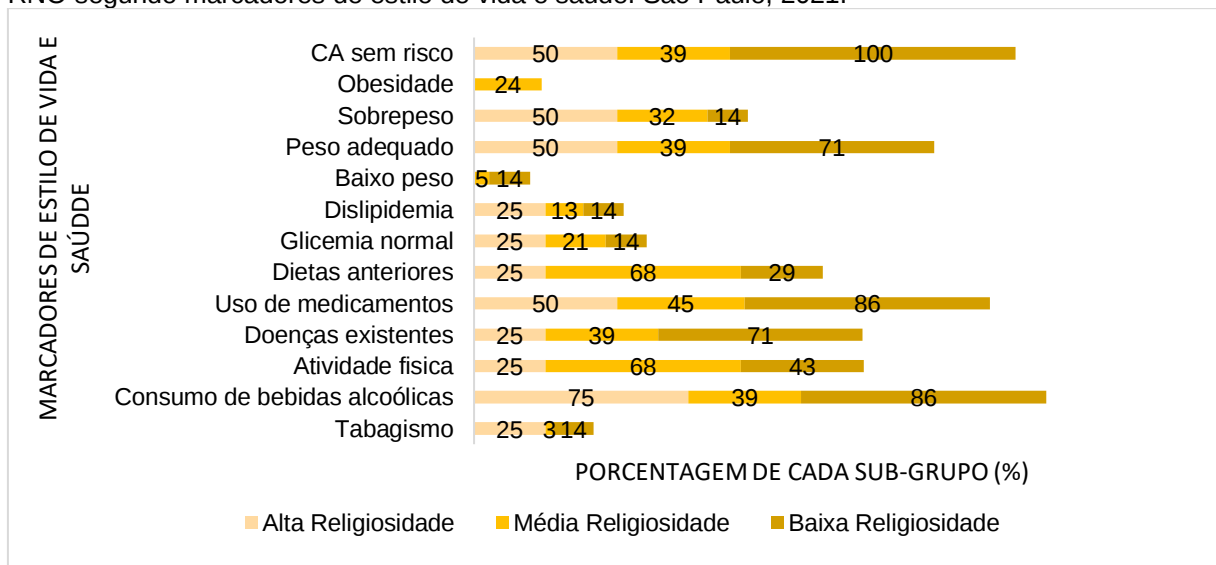
Figura 4 – Distribuição das respostas dos pacientes da clínica escola relacionadas na dimensão Religiosidade Não Organizacional-RNO. São Paulo, 2021.



Na dimensão RNO, 8% (n=4) dos pacientes do presente estudo foram classificados com “alta religiosidade”, sendo aqueles que responderam “mais do que uma vez ao dia”, à questão sobre a frequência com que realizavam atividades religiosas individuais. A pontuação média na RNO foi de 2,92 (DP=1,54) de um total possível de 6 pontos

No subgrupo com “baixa religiosidade” segundo a RNO observou-se que 86% dos pacientes consumiam bebidas alcoólicas, 71% apresentavam diagnóstico anterior de problemas de saúde e 86% faziam uso diário de medicamentos. Em contrapartida, 71% destes pacientes tinham IMC adequado e 100% dos pacientes não tinham risco de doença cardiovascular quando classificados segundo a CA (Figura 5).

Figura 5 – Distribuição das respostas relacionadas na dimensão Religiosidade Não Organizacional-RNO segundo marcadores de estilo de vida e saúde. São Paulo, 2021.



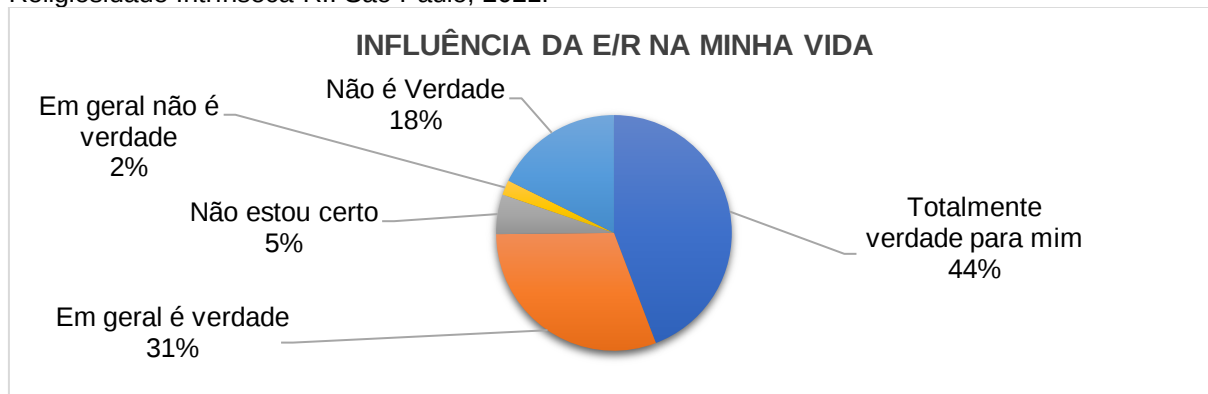
CA: circunferência abdominal.

4.3 Religiosidade Intrínseca – RI

Na dimensão RI, que mensura o quanto a religião influencia comportamentos e decisões das pessoas, 44% da amostra da presente pesquisa referiu que a religiosidade era fator de influência em suas vidas e 18% disseram o contrário, que a religião não influencia suas vidas ou decisões (Figura 6). A somatória total média de RI foi de 6,55 (DP=3,86) de um total possível de 15 pontos.

No estudo de Oliveira et al. (2013), o dobro de pacientes em relação ao presente estudo, 88,8%, relataram que sentiam a influência da E/R em sua vida. Este percentual também foi maior no estudo de Cres et al. (2015) com uma comunidade universitária, no qual 70,2% responderam que a religião tinha influência em suas vidas. Resultados diferentes foram observados por Abuchaim (2018), sendo que apenas 13% dos universitários de Medicina relataram a importância da religião nos seus comportamentos e decisões.

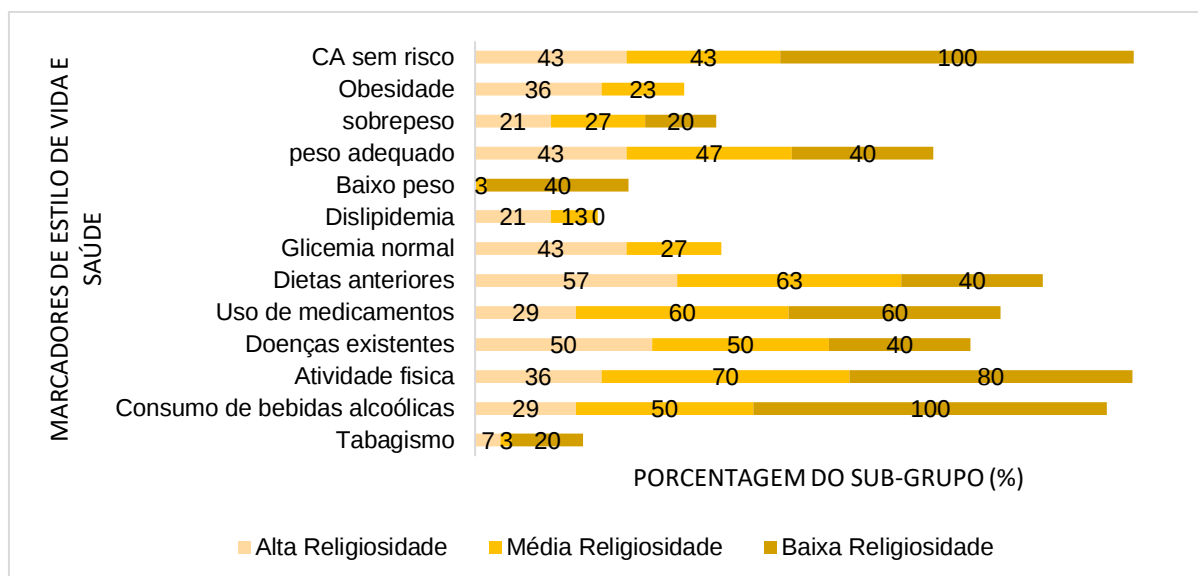
Figura 6 – Distribuição das respostas dos pacientes da clínica escola relacionadas na dimensão Religiosidade Intrínseca-RI. São Paulo, 2021.



Ainda com respeito à RI, a classificação desta dimensão é resultado da soma da pontuação das três últimas perguntas que compõem o questionário FICA, podendo ir de 3 a 15 pontos. Com base nisso, 28,6% (n=14) dos pacientes foram classificados com “alta religiosidade”, correspondendo àqueles que responderam “totalmente verdade para mim” e obtiveram um resultado de 3 pontos na soma das três perguntas, e com baixa religiosidade 10,2% (n=5) que são os que responderam “não é verdade”, e alcançaram um resultado 15 pontos na soma das três perguntas feita na dimensão.

A análise de correlação de Spearman não demonstrou uma relação significativa entre a RI e os marcadores de estilo de vida e saúde, incluindo os exames laboratoriais. Entretanto, foi encontrada uma correlação moderada e inversa entre o IMC e a pontuação da RI, sendo que, quanto menor a influência da E/R na vida dos pacientes, menores os valores de IMC ($r=-0,39$; $p=0,005$), lembrando que a classificação da somatória da pontuação de RI é invertida (quanto maior a pontuação, menor a E/R). Foi observada ainda forte correlação, estatisticamente significativa, entre RI e RO ($r=0,69$) e RI e RNO ($r=0,80$).

Figura 7 – Distribuição das respostas relacionadas na dimensão Religiosidade Intrínseca-RI segundo marcadores de estilo de vida e saúde. São Paulo, 2021.



CA: circunferência abdominal.

4.4 Questionário FICA

Analisando as respostas dos 49 pacientes participantes desta pesquisa em relação à escolha religiosa, constatamos que o grupo era formado principalmente por protestantes (25%) e católicos (20%). Foram citados, em menor número espíritas (4%), budistas (2%) e judeus (2%). Quase a metade do grupo (47%) relatou ausência de religião organizada. No estudo de Lucchetti et al. (2011), realizado com pacientes idosos (> 60 anos) de um serviço de reabilitação em São Paulo/SP, os católicos foram a maioria (55,5%), seguidos por protestantes (30%), espíritas (3,6%) e 10,9% não tinham religião.

Contudo, quando questionados sobre *Fé e Crença*, 80% dos pacientes do presente estudo responderam que se consideravam espiritualizados e 84% relataram que tinham crenças religiosas e/ou espirituais que os ajudavam a lidar com os problemas (Tabela 3). Com relação àquilo que os pacientes mencionaram que lhes davam mais sentido à vida, a resposta mais citada foi a família (25%), seguida por ser altruísta (12,5%), ser feliz (12,5%), aprender e evoluir (12,5%), evidências científicas (12,5%), música (12,5%) e a própria vida (12,5%).

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre ter fé e idade, sexo, características antropométricas e de estilo de vida dos pacientes. Porém, observou-se que os pacientes que tinham menos fé, segundo o questionário FICA, faziam mais uso diário de medicamentos (87,7% dentre os que não tinham fé x 12,5% dentre os que tinham fé) ($p=0,027$). Além disso, pacientes com mais fé eram os que tinham maior religiosidade segundo a RI ($p<0,001$).

Com relação à *Importância ou Influência da E/R*, 76% dos pacientes consideravam que as crenças espirituais tinham muita importância em suas vidas, sendo que 82% disseram que a fé já os ajudou a lidar com problemas de saúde (Tabela 3). Somente 14% do grupo

revelou que sua crença pode afetar decisões médicas e dentre as citadas as mais relevantes foram: suporte a vida (28,5%), reprodução humana assistida e contracepção artificial (14,3%), alimentação (14,3%) e que a fé em Deus executa milagres (14,3%).

Segundo o estudo de Ferreira et al. (2018), realizado com acadêmicos de uma Universidade Federal de Uberaba/MG, a maioria dos entrevistados responderam positivamente que “crenças espirituais dão sentido à vida” (77%) e a “crenças espirituais lhe dão forças em momentos difíceis” (89,1%), mas não foram observadas associações significativas entre sexo e afiliação religiosa.

Com respeito à *Ação no tratamento*, 39% dos pacientes do presente estudo responderam que para eles era indiferente o profissional de saúde considerar a E/R no processo saúde-doença, seguidos de 33% que responderam que gostariam que sua espiritualidade fosse considerada com respeito na abordagem médica.

Na presente pesquisa, observou-se associação significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre escolaridade e importância da fé ou crença em um tratamento médico, sendo que os pacientes que tinham Ensino Médio completo foram aqueles que davam mais importância à fé e espiritualidade na abordagem médica ($p=0,015$).

Conforme Sá e Pereira (2007), no trabalho de retrospectiva história com o tema *Espiritualidade*, somente nas décadas de 80 e 90 foram encontrados artigos que discutissem o papel da religiosidade no tratamento médico e como era importante que o profissional de saúde respeitasse a religião de cada paciente.

Quando questionados sobre participar de uma *Comunidade Religiosa*, 59% dos pacientes do presente estudo disseram fazer parte de uma comunidade religiosa ou espiritual, 57% relataram que essa comunidade era fonte de suporte para sua vida e as formas de suporte citadas foram: suporte emocional e espiritual (50%), apoio (18%), comunhão (14%), fé (10%), obediência (4%) e segurança (4%). Foi observada uma associação elevada entre a religiosidade intrínseca (RI) e fazer parte de uma comunidade religiosa ($p=0,003$).

Na presente pesquisa, foi observada uma associação estatisticamente significativa entre fazer parte de uma comunidade religiosa e a ausência do consumo de bebidas alcoólicas, sendo que 69% dos pacientes que não estavam inseridos em uma comunidade religiosa faziam uso rotineiro destas bebidas ($p=0,004$). Segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2019), relata-se na Diretriz de Prevenção Cardiovascular, que muitos estudos encontraram uma relação inversa entre E/R e o consumo de álcool, ou seja, quanto maior a E/R menor o uso de álcool.

Não houve associação entre a classificação da CA dos pacientes do presente estudo e fazer parte de comunidade religiosa. Por outro lado, não foram observados indivíduos

obesos no grupo dos pacientes que não faziam parte de uma comunidade religiosa, mas no grupo dos que faziam parte de comunidade, 41,4% dos pacientes tinham algum grau de obesidade ($p=0,007$), resultado similar ao observado na correlação entre IMC e RI. Esta relação de maior IMC dentre os pacientes que frequentavam comunidades religiosas ainda necessitaria ser melhor investigada, em estudos com amostras maiores e seguimento dos pacientes. Embora a SBC (2019) também tenha apontado que quanto maior o envolvimento religioso mais propenso o indivíduo ficaria à obesidade, confirmando assim os achados neste estudo, não foram encontrados estudos que tivessem buscado explicar esta relação.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes da clínica escola de uma Universidade paulistana segundo as respostas ao questionário FICA. São Paulo, 2021.

QUESTÕES	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
FÉ E CRENÇA				
Se considera religioso ou espiritualizado?	39	80	10	20
As crenças religiosas ajudam a lidar com problemas?	41	84	8	16
IMPORTÂNCIA OU INFLUÊNCIA				
A fé ou as crenças já ajudaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde?	40	82	9	18
Você tem alguma crença que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?	7	14	42	86
COMUNIDADE				
Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual?	29	59	20	41
Essa comunidade religiosa ou espiritual são fontes de suporte importante para você?	28	57	21	43
Existe algum grupo de pessoas que você "realmente ama ou que seja importante para você?	48	98	1	2
Comunidade como igrejas, templos, centros, grupos de apoio são fontes de suporte importante?	34	69	15	31

Neste estudo, a maior parte dos pacientes relataram que a fé os ajudou a passar por questões de doença e que nesses momentos desejaram que a sua espiritualidade fosse vista com respeito. De igual modo, o trabalho de Lucchetti et al. (2010), realizado no hospital paulistano, apontou a relação espiritualidade-saúde, principalmente a religiosidade organizacional, mostrando uma melhor qualidade de vida e um menor tempo de internação. Este situação poderia ser explicada pelo fato das pessoas mais religiosas e espiritualizadas, possivelmente, terem maior confiança, positividade, suporte emocional e maior busca pelo entendimento do processo saúde-doença e vida-morte.

Na pesquisa de Vianna e Souza (2017), realizada com cuidadores informais em um Hospital Universitário em Curitiba/PR, verificou-se que 100% dos entrevistados se consideravam pessoas religiosas ou espiritualizadas e que a fé é muito importante para eles. Neste grupo, 47,8% eram membros de igrejas ou comunidade espiritual e 37,8% consideram

importante dar atenção à estas questões com seus pacientes. O grupo relatou que para melhor atender os pacientes, a sua fé e crenças religiosas precisariam ser respeitadas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa sugeriram que a E/R pode ter efeitos benéficos na saúde e estilo de vida das pessoas, acarretando um menor consumo de medicação e menor consumo de bebidas alcoólicas. Por outro lado, outros aspectos relacionados à parâmetros bioquímicos e relacionados ao estado nutricional ainda necessitam de uma maior investigação, em estudos com amostras de maior tamanho.

Por outro lado, os resultados qualitativos e relacionados ao discurso dos pacientes mostraram que a E/R pode possibilitar aumento do significado da vida, o qual estaria associado à resistência e resiliência frente ao estresse relacionado às doenças.

Declarar que a religiosidade influencia sobremaneira o corpo, a mente e o espírito de uma pessoa parecem menos estranho hoje em dia do que em anos passados. Conclui-se que a busca pelo entendimento da E/R é uma maneira de ver as pessoas por um novo ângulo, e constatar de maneira ética e individualizada, a importância de suas crenças e opiniões.

6. REFERÊNCIAS

ABUCHAIM, S. C. B. **Espiritualidade/Religiosidade como recurso terapêutico na prática clínica**:: Concepção dos estudantes de graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. Orientador: Prof^a. Dra. Rita Maria Lino Tarcia. 2018. 193 p. Dissertação (Mestre em ensino em Ciências da saúde - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - Modalidade Profissional.) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/51832>. Acesso em: 23 jul. 2021.

AITKEN, E. V. P. **Esperança para viver e para partir**: Espiritualidade na pratica de cuidados paliativos. 1. ed. São Paulo: Cultura Cristã, 2017. 272 p. ISBN 978-85-7622-712-0.

COSTA, M. S. *et al.* Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 350-8, abr/jun 2019. DOI 10.1590/1983-80422019272319. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1907/2122. Acesso em: 17 mar. 2020.

CRES, M. R. *et al.* Religiosidade e estilo de vida de uma população adulta. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 2, p. 240-50, abr/jun 2015. DOI <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p240>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3596>. Acesso em: 18 jun. 2021.

FALUDI, A. A.; IZAR, M. C. O.; SARAIVA, J. F. K. *et al.* **Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose** – 2017. Arquivos Brasileiros Cardiologia, Rio de Janeiro, v.109, n. 2, p. supl. 1, p. 1-76, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/whBsCyzTDzGYJcsBY7YVkwN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03 jul 2021.

FERREIRA, T. T. *et al.* Percepção de Acadêmicos de Medicina e de Outras Áreas da Saúde e Humanas (Ligadas à Saúde) sobre as Relações entre Espiritualidade, Religiosidade e Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 65-72, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/949srBS3hRT5ygRgW8YvPrf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 maio 2021.

HILL, T. D. *et al.* Dimensions of religious involvement and leukocyte telomere length. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 163, p. 168-75, ago 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.032>. Acesso em: 13 mar. 2020.

KOENIG, H. G. Um poder invisível da fé. **Revista Veja**, São Paulo, 10 out. 2012. p. 17-21.

KOENIG, H. G. *et al.* Religious Involvement and Telomere Length in Women Family Caregivers. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, [s. l.], v. 204, n. 1, p. 36-42, jan 2016. DOI 10.1097/NMD.0000000000000443. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26669979/>. Acesso em: 18 mar. 2020.

LATTERZA, A. R. *et al.* Cuidados integrativos em nutrição. In: PHILIPPI, S. T.; AQUINO, R. C. (orgs). **Dietética: princípios para o planejamento de uma alimentação saudável**. 1. ed. Barueri: Manole, 2015. cap. 16, p. 479-503. ISBN 978-85-204-3062-0.

LUCCHESI, F. A.; KOENIG, H. G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Rev Bras Cir Cardiovascular**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 103-28, 2013. DOI 10.5935/1678-9741.20130015. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber?. **Rev Bras Clínica Médica**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 154-8, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n2/a012.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

LUCCHETTI, G. *et al.* Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal of Rehabilitation Medicine**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 316-22, mar 2011. DOI 10.2340/16501977-0784. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21305230/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MAGALHÃES, C. R. S.; SOUZA, I. A.; MENDONÇA, E. G. Perfil sociodemográfico e nutricional dos pacientes atendidos na clínica escola Vera Tamm de Andrada em Barbacena/MG. **Revista de Ciências da Saúde Básica e Aplicada**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 24-32, 2020. Disponível em: <http://200.243.63.167/ojs/index.php/rcsba/article/view/29/30>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MARINHO, C. F. *et al.* Consumo alimentar de usuários de uma Clínica-Escola de Nutrição do interior paulista. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 52-57, jan/jun 2017. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/284/158>. Acesso em: 25 jul. 2021.

OLIVEIRA, G. R. *et al.* Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integridade do cuidado. **Rev. Bras. Clin. Med.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 140-4, abr/jun 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3566.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

OLIVEIRA, T. R. P. R.; PEREIRA, C. G. Perfil de pacientes que procuram a Clínica de Nutrição da PUC MINAS e satisfação quanto ao atendimento. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte,

v. 4, n. 8, p. 268-82, jul/dez 2014. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/4210/8683>. Acesso em: 21 jun. 2021.

PEREIRA, V. F. G. B. *et al.* Perfil de pacientes atendidos no ambulatório de nutrição de uma Clínica Escola em uma Universidade particular de São Luís/MA. **Revista Cereus**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 127-37, 2021. DOI 10.18605/2175-7275/cereus.v13n1p127-137. Disponível em: <http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3347/1766>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SÁ, A. C.; PEREIRA, L. L. Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 225-37, abr/jun 2007. DOI 10.15343/0104-7809.200731.2.10. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/898/835>. Acesso em: 3 jul. 2021.

SAAD, M.; MEDEIROS, C. I. Medicina integrativa: Espiritualidade e saúde. **Educ Contin Saúde**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 135-6, 2008. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/S_autores/SAAD_Marcelo_et_ALMEIDA_Cristian_e_tit_Medicina_Integrativa.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

SABÓIA, R. S. *et al.* Obesidade abdominal e fatores associados em adultos atendidos em uma clínica escola. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 259-67, abr/jun 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4130>. Acesso em: 18 jun. 2021.

SHATTUCK, E. C.; MUHLENBEIN, M. P. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. **Journal of Religion and Health**, [s. l.], v. 59, n. 2, p. 1035-54, abr 2020. DOI 10.1007/s10943-018-0663-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29978269/>. Acesso em: 13 mar. 2020.

SOARES, A. H. *et al.* Porque obesos abandonam o planejamento nutricional em uma clínica escola de nutrição? **Revista Brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento**, São Paulo, v. 11, n. 66, p. 368-75, nov/dez 2017. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/551>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PRÉCOMA, D. B.; OLIVEIRA, G. M. M.; SIMÃO, A. F.; DUTRA, O. P.; COELHO, O. R.; IZAR, M. C. O.; PÓVOA, R. M. S. *et al.* **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) – 2019**. Arquivos Brasileiros Cardiologia, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-113-04-0787/0066-782X-abc-113-04-0787-pt.x44344.pdf. Acesso em: 04 jul 2021.

VIANNA, M. L. G. S.; SOUZA, W. A espiritualidade dos cuidadores informais de pacientes em cuidados paliativos: uma reflexão bioética na perspectiva da alteridade. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 57, n. 2, p. 401-13, jul/dez 2017. Disponível em: <http://revistas.est.edu.br/index.php/ET/article/view/317/265>. Acesso em: 18 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>. Acesso em: 03 jul 2021

Contatos: helenoli2007@gmail.com e renata.viebig@mackenzie.br