



OFICINAS DE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE PARA HIPERTENSOS OU PRÉ-HIPERTENSOS

Stefani da Silva Alves¹

Vanessa Valeria Viana da Silva²

Ivone Corsi da Silva³

Carlos Antônio Teixeira⁴

Gina Andrade Abdala⁵

Maria Dyrce Dias Meira⁶

Resumo: Objetivo: analisar a influência de oficinas de espiritualidade que propõem hábitos saudáveis ligados ao estilo de vida, para melhoria dos níveis de pressão arterial. Método: estudo intervencional e descritivo, amostra de conveniência com quatro participantes. Realizada análise estatística descritiva. Resultados: antes e após a intervenção, a média da pressão arterial sistólica diminuiu de 146 mmHg para 128 mmHg, a média da pressão diastólica se manteve 80 mmHg; as médias, segundo MINICHAL,

.....

¹ Graduanda em enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: stefani-alves@hotmail.com.

² Graduanda em enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: vanessa_valeria@live.com. vanessa_valeria@live.com.

³ Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Graduada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto. Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: ivone.corsi@ucb.org.br

⁴ Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública-USP. Mestre em Ciências pela Unifesp. E-mail: carlostx.br@gmail.com

⁵ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Feira de Santana-BA. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: gina.abdala@ucb.com.br

⁶ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Mestre em enfermagem pela Universidade de São Paulo. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade Adventista de Enfermagem. E-mail: dyrce.meira@ucb.org.br

na dimensão do estado mental passou de 9,8 (dp=9,03) para 6,5 (dp=6,13) e das manifestações somáticas de 4,4 (dp=4,03) para 1,75 (dp=2,06); para 40% deles, a qualidade de vida foi afetada pela hipertensão e seu tratamento. O escore total do FANTASTICO mudou de 66,6 (dp=5,7) para 80,5 (dp=6,65) e, embora, a dimensão “atividade física” tenha melhorado, de 2,60 (dp=2,16) para 3,75 (dp=2,87), ainda se manteve abaixo da média. Conclusão: a intervenção teve efeito positivo nos valores pressóricos e na qualidade de vida; porém estatisticamente não significativa ($p > 0,05$).

Palavras-Chaves: Qualidade de Vida; Estilo de Vida; Hipertensão; Espiritualidade.

Spirituality workshops and health for hypertensive or pre-hypertensive

Abstract: Objective: to analyze the influence of spirituality workshops with healthy habits related to lifestyle, to improve blood pressure levels. Method: interventional and descriptive study, a convenience sample of four participants with descriptive statistical analysis. Results: before and after the intervention, systolic blood pressure dropped from 146 mmHg to 128 mmHg, diastolic maintained 80 mmHg; the average, according MINICHAL, for mental dimension went from 9.8 (SD=9.03) to 6.5 (SD=6.13) and somatic manifestations from 4.4 (SD=4.03) for 1.75 (SD=2.06); 40% of them had claimed quality of life affected by hypertension and its treatment. In FANTASTICO, the total score changed from 66.6 (SD = 5.7) to 80.5 (SD=6.65), but "physical activity" dimension improved, although below the average, increased from 2.60 (SD=2.16) to 3.75 (SD=2.87). Conclusion: The intervention had a positive effect on blood pressure values and quality of life, but not statistically significant ($p > 0.05$).

Keywords: Quality of life; Lifestyle; Hypertension; Spirituality.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco (ZATTAR, 2013) e a mais frequente das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a vigilância da hipertensão, com diagnóstico válido e precoce (SELEM et al., 2012), pois atualmente tem sido considerada problema de saúde pública (ULBRICH et al., 2012; BEZERRA et al., 2013) por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle (BEZERRA et al., 2013).

Reuter et al. (2012) verificaram que as doenças cardiovasculares estão em evidência, o que se justifica por serem a principal causa de morte e de incapacidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A hipertensão é altamente prevalente em todas as regiões do Brasil, estimando-se que acometa cerca de 30% dos adultos, duplicando esse valor em idosos (SILVA et al., 2012). Nos últimos dois séculos, houve um fenômeno que a literatura científica denomina de transição epidemiológica, em que doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial, ganharam enfoque, enquanto doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser as principais agentes de morbimortalidade (REUTER et al., 2012).

Alterações no estilo de vida são de fundamental importância no tratamento, prevenção e no controle da hipertensão. Alimentação inadequada, alto no consumo de sal, obesidade, falta de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados (BRASIL, 2006; SILVA et al., 2013). A mudança no estilo de vida deve ser acrescida às doses ajustadas de medicamentos para a normalização dos níveis pressóricos (BRASIL, 2006).

A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessários estudos que apontem práticas, relacionadas ao estilo de vida, que possam ajudar a melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, diante do alto

risco cardiovascular. Normalmente a adesão depende das características do paciente, qualidade da relação médico-paciente, gravidade da doença, acesso aos cuidados de saúde e de fatores específicos relacionados à prescrição medicamentosa (SOUZA et al., 2014).

Há um grande número de terapias eficazes, farmacológicas e não farmacológicas, para o controle da hipertensão. Apesar da proporção mundial de pacientes com hipertensão controlada ter variado, no período de 1992 a 2012, de 5,4% para 58%, grande parte dos pacientes não tem hipertensão controlada, por falta de consciência da sua doença ou por não aderência às recomendações médicas. Cabe ressaltar que uma proporção desconhecida desses pacientes está sendo tratada e também não tem a pressão arterial controlada (MASSIERER et al., 2012). Faz-se necessário para o controle e adequado manejo da pressão arterial elevada, a identificação e acompanhamento dos hipertensos pelos serviços de saúde, pois tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são capazes de melhorar significativamente o prognóstico da doença e a qualidade de vida das pessoas. A busca dessas medidas terapêuticas e o próprio conhecimento da sua condição de hipertenso quando o diagnóstico precoce ocorrer poderão auxiliar no controle da hipertensão (ZATTAR et al., 2013). Na sociedade moderna, o medicamento ocupa, indevidamente, o lugar de símbolo de saúde; uma concepção inadequada. Tal visão inibe as intervenções nas causas sociais relacionadas à escolaridade, situação sanitária e socioeconômica, bem como comportamentais das doenças, que quase sempre implicam em trabalhosas mudanças de hábitos. Consequentemente, apesar da utilização de medicamentos ser decisiva no controle e prevenção das complicações relacionada às doenças crônicas, o Brasil, nos últimos anos, exhibe simultaneamente o aumento da prevalência dessas doenças (PEREIRA et al., 2012).

Nesta direção, torna-se importante registrar que há evidências relevantes sobre o papel da espiritualidade na saúde e o bem-estar dos pacientes, suscitando aos olhos dos profissionais favoráveis oportunidades

de aperfeiçoamento na forma como concedem alívio e conforto durante o cuidado (OLIVEIRA et al., 2013).

Taunay et al. (2012) afirmam que atualmente as relações entre práticas religiosas e saúde - física e/ou mental - vêm sendo progressivamente investigadas. A maior parte dos estudos aponta que a religiosidade é usualmente um fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos mentais como, por exemplo, depressão, ansiedade, abuso de substâncias etc., além de estar relacionada à melhor qualidade de vida. Reforçam ainda que no Brasil, um país no qual 95% da população declara ter religião, 83% consideram religião muito importante e cerca de 70% se dizem católicos, o empenho em estudos da religiosidade e das suas relações com saúde física e mental vêm sendo intensificados paulatinamente.

De acordo com Lucchetti et al. (2010), preconiza-se que há uma relação entre religiosidade e espiritualidade (R/E), percebe-se a diminuição dos níveis de cortisol e da mortalidade além de uma menor responsividade da pressão arterial em pacientes com maior religiosidade. Busca-se entender os mecanismos pelos quais essa relação ocorreria; no entanto, os fatores comportamentais, culturais e psicológicos parecem ter um papel cada vez mais proeminente na etiopatogenia de doenças cardiovasculares, levando a uma receptividade desafiante ao desenvolvimento de pesquisas sobre hipertensão. Do ponto de vista clínico e epidemiológico, é importante avaliar a repercussão que a religiosidade e espiritualidade possam ter sobre a saúde física e mental individual e comunitária (STROPPA; ALMEIDA, 2008), e consequentemente sobre o controle da hipertensão.

Segundo Kieller e Cunha (2004), é um desafio para os profissionais da saúde e, dentre eles, os enfermeiros, cuidar de pacientes hipertensos, assegurando que tenham qualidade de vida adequada, orientando, assistindo, diagnosticando e tratando, proporcionando-lhes controle adequado da pressão arterial. Por isso, o objetivo do presente estudo foi analisar a influência de oficinas de espiritualidade,

incluindo propostas de adoção de hábitos saudáveis ligados ao estilo de vida, na melhoria dos níveis de pressão arterial.

Método

Este estudo propôs uma pesquisa intervencional, descritiva. Foi implementado em uma comunidade baseada na fé (confessional), localizada na zona sul do município de São Paulo. A população constituiu-se de quinze indivíduos hipertensos e pré-hipertensos e a amostra de conveniência foi de cinco participantes. Foram incluídas pessoas alfabetizadas, hipertensas ou pré-hipertensas, com disponibilidade de participação nas oito oficinas de Espiritualidade e Saúde e de duas reuniões extras (uma antes da primeira oficina e outra após a oitava), para a obtenção das respostas aos instrumentos de coleta de dados.

Nos momentos pré e pós das oito oficinas de Espiritualidade e Saúde, os instrumentos de coleta de dados foram: formulário de dados sociodemográficos e de saúde, Questionário de Estilo de Vida FANTASTICO, Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL – Brasil) e Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). Os dados sociodemográficos e de saúde consistiam em: sexo, idade, peso, cor da pele referida, religião professada, escolaridade, uso de medicamentos e medidas da pressão arterial.

O instrumento FANTASTICO foi criado no Canadá e validado no Brasil por Rodrigues-Añez et al. (2008) e Silva et al. (2014). Possui 25 questões e nove dimensões: convívio familiar e de amigos; atividades físicas; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; tipo de comportamento; introspecção e trabalho. A soma dos valores obtidos nos resultados das respostas chega a um total de 100 pontos, que são classificados em cinco categorias: excelente (85-100), muito bom (70-84), bom (55-69), regular (35-54) e necessita melhorar (0-34). Com base

nessa classificação, espera-se obter o resultado “bom”, que, segundo Silva et al. (2014), indica associação entre estilo de vida e condições da saúde.

O questionário *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensión Arterial* (MINICHAL) foi criado na Espanha em 2001 e validado no Brasil por Schulz et al. (2008). Esse questionário é composto por 17 questões de múltipla escolha, divididas em duas dimensões diferentes, que abrangem o estado mental com nove questões (1-9), com pontuação máxima de 27 pontos e as manifestações somáticas que abrangem sete questões (10-16), em que o participante pode alcançar 21 pontos no máximo. A última questão (17) avalia a percepção após o diagnóstico, se o tratamento afeta na qualidade de vida do hipertenso. Para responder às questões, o participante deveria ter como referência sua situação dentro dos últimos sete dias (Schulz et al. 2008).

O DUKE-DUREL é um instrumento sucinto e de fácil aplicação, que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizado em diversas culturas para esse fim. É uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenig et al. (2001) e validado no Brasil por Taunay et al. (2012). Mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde, a saber: Religiosidade Organizacional (RO): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); Religiosidade Não Organizacional (RNO): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.); Religiosidade Intrínseca (RI): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos (KOENIG; BUSSING, 2010).

Cada oficina ocorreu uma vez por semana, com duração de duas horas, onde se apresentou oralmente, em multimídia, um dos oito temas: Temperança, Alimentação, Sono e Repouso, Atividade Física, Ar Puro, Água, Luz Solar e Confiança em Deus. Antes das oficinas ocorria aferição da pressão arterial, peso e avaliação dos resultados de tais mensurações. Foram

adotados procedimentos com base na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), reflexão espiritual baseada em passagens bíblicas sobre a história de Jacó e escritos de Ellen G. White (2006) e propostas práticas para modificação do estilo de vida de acordo com os “oito remédios naturais”.

A proposta do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp), conforme número do parecer: 1.339.635. Os participantes receberam instruções e esclarecimentos sobre os objetivos, procedimentos da pesquisa e assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sem custos financeiros, com direito de recusa em participar e encaminhamento ao Atendimento Médico Ambulatorial (AMA) mais próximo, caso ocorresse um episódio de crise hipertensiva ou qualquer outra intercorrência clínica. Os dados coletados com a utilização de todos os instrumentos foram analisados quantitativamente a partir do *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), tendo como referencial Landim et al. (2006), que preconizam: “A análise quantitativa de dados ocorre a partir de questionários composto por questões fechadas, previamente estabelecidas e codificadas, e são apresentados por meio de tabelas e/ou gráficos, calculando a frequência, percentual e média.”

Resultados

Constatou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino (80%, n=5), com pessoas de cor preta (40%), branca (40%) e parda (20%). Todos (100%; n=5) declararam ser membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia, com uma predominância de profissionais da área “do lar” (60%, n=3), operador logístico (20%, n=1), professor (20%, n=1). A pesquisa aponta

que a maioria (60%, n=3) tem de 9 ou mais anos de estudo e 60% (n=3) nunca deixa de tomar os medicamentos.

Ainda em relação às características da amostra, observou-se que em relação às variáveis quantitativas, a idade média dos participantes foi de 60,6 (dp=3,57), com o peso inicial 81,1 (dp=17,18) e final 80 (dp=3); com um tempo médio de 19 anos com hipertensão e com uma média de 4,6 medicamentos por pessoa. No final das oficinas, uma delas não participou dos questionários finais por motivos particulares.

Com relação às dimensões do Índice de Religiosidade (Duke-Durel), referente à Religiosidade Organizacional (RO), constatou-se que houve uma aparente melhora nas respostas dos participantes ao longo das realizações das oficinas. Passaram a frequentar mais os cultos religiosos (100% “mais de uma vez por semana”) e a se envolverem mais na prática das atividades religiosas/espirituais particulares (85% em “mais de uma vez ao dia”).

Quanto à Religiosidade Intrínseca (RI), também houve uma ligeira melhora quanto às respostas desses participantes, em que 100% deles responderam “totalmente verdade para mim” nas três perguntas da RI (Tabela 1).

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa das variáveis de religiosidade antes e após as oficinas, São Paulo, 2016.

Variável	Categoria	Antes (n)	%	Depois (n)	%
RO	Mais de 1 x por semana	1	20	4	100
	1 x por semana	4	80	0	0
RNO	Mais de 1 x ao dia	3	60	3	75
	Diariamente	0	0	1	25
	2 ou + x por semana	2	40	0	0
RI1	Totalmente verdade para mim	5	100	4	100
RI2	Totalmente verdade para mim	5	100	4	100
RI3	Totalmente verdade para mim	4	80	4	100

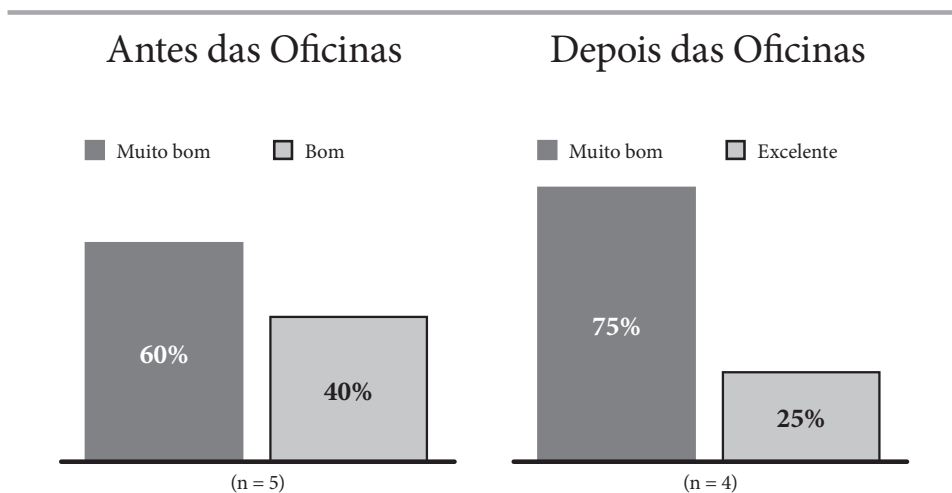
Variável	Categoria	Antes (n)	%	Depois (n)	%
	Em geral é verdade	1	20	0	0

Fonte: Elaborado pelas autoras

Legenda: RO = Religiosidade Organizacional (frequência aos cultos religiosos), RNO = Religiosidade não Organizacional (práticas religiosas/espirituais particulares); RII = sente a presença de Deus/do Espírito Santo; RI2 = as minhas crenças estão por trás de minha maneira de viver; RI3 = eu me esforço para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

Ao classificar inicialmente o Estilo de Vida FANTASTICO total por categorias, obteve-se uma classificação de: 60% bom (n=3); 40% muito bom (n=2). E, ao final das oficinas, (n=4) obteve-se uma classificação de: 25% excelente (n=1); 75% muito bom (n=3) (Figura 1).

Figura 1- Distribuição das categorias do Estilo de Vida FANTASTICO antes e após as oficinas, São Paulo, 2016.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na avaliação das dimensões do Estilo de Vida FANTASTICO, observou-se que a média das “família e amigos”, “atividades” e “nutrição” apresentaram menores valores antes da intervenção, porém, após as oficinas, melhoraram. Além disso, o escore total do FANTASTICO também aumentou após a intervenção (Tabela 2).

Tabela 2 – Média, desvio padrão e amplitude das dimensões do FANTASTICO e escore total antes e após as oficinas, São Paulo, 2016.

Dimensões (n=5)	Antes		Depois	
	Média (dp)	Amplitude	Média (dp)	Amplitude
Família/amigos	3,40 (0,98)	0-8	5,00 (1,41)	0-8
Atividades	2,60 (2,16)	0-8	3,75 (2,87)	0-8
Nutrição	4,80 (2,45)	0-12	7,25 (2,21)	0-12
Cigarro/drogas	14,60 (1,16)	0-16	14,75 (0,95)	0-16
Álcool	12 (0,31)	0-12	12,00 (0)	0-12
Sono/estresse/sexo	12,60 (2,02)	0-20	17,75 (2,87)	0-20
Tipo comportamento	4,80 (1,50)	0-8	6,00 (0,81)	0-8
Introspecção	8,60 (1,97)	0-12	10,50 (0,57)	0-12
Trabalho	3,20 (0,74)	0-4	3,50 (0,57)	0-4
FANTASTICO TOTAL	66,60 (5,77)	0-100	80,50 (6,65)	0-100

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Legenda: O valor médio das dimensões do FANTASTICO considerado normal para “família e amigos”= 4, “atividades”= 4 e “nutrição”= 6

O *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL)* é separado em duas dimensões: estado mental e manifestações somáticas. Vale lembrar que quanto menor o escore, melhor. Observou-se neste estudo que o valor médio do estado mental foi de 9,80 e manifestações somáticas 4,40 antes das oficinas. Após a intervenção, as médias diminuíram, melhorando assim a qualidade de vida dos hipertensos (Tabela 3).

Tabela 3- Média, desvio padrão das dimensões da Qualidade de Vida MINICHAL dos hipertensos e o IMC antes e após as oficinas, São Paulo, 2016.

Escores (n=5)	Antes	Depois
	Média (dp)	
Estado mental	9,80 (9,03)	6,50 (6,13)
Manifestações somáticas	4,4 (4,03)	1,75 (2,06)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na questão 17 do MINICHAL em que se avalia especificamente a qualidade de vida do hipertenso, encontrou-se que 20% disseram que “o diagnóstico e o tratamento medicamentoso” afeta “sim, um pouco”, 40% disseram que não afeta “não, absolutamente” e 40 % “sim, muito”. No final, 50% deles relataram que o diagnóstico e o tratamento da hipertensão “não afetavam” sua qualidade de vida e os outros 50% disseram que “afetava muito”.

Quanto à pressão arterial sistólica, verificou-se que a média inicial foi de 150mmHg e a PAS final foi de 130, portanto decrescendo em 20 mmHg. Observou-se que a pressão arterial diastólica dos participantes se manteve estável antes e após as oficinas (Tabela 4).

Tabela 4- Média, mediana, desvio padrão da pressão arterial sistólica e diastólica, inicial e final dos hipertensos, São Paulo, 2016.

Variáveis (n=5)	Média (mmHg)	Mediana	Desvio padrão
PAS inicial	146	150	11,40
PAS final	128	130	12,24
PAD inicial	80	80	4,47
PAD final	80	80	7,07

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ao se comparar as médias iniciais e finais por meio do teste não paramétrico de MAN-WHITNEY, nenhuma das médias apresentou diferença estatisticamente significativa ($p= 0,06$).

Discussão

O presente estudo foi realizado em uma comunidade confessional na zona sul do município de São Paulo. Os participantes que praticavam suas atividades religiosas particulares “mais de uma vez ao dia” representaram 60% da amostra. Quanto à Religiosidade Intrínseca (RI), reunindo-se as duas primeiras opções de resposta, obteve-se um percentual de 100% quanto à importância dada à religião e à influência desta na vida diária dos pesquisados.

Nessa direção, o quesito religião apresenta resultado no qual se confirma haver uma forte tendência para uma maior pluralidade religiosa no país. Segundo o que se declara, os católicos tinham uma taxa de participação de cerca de 90% até 1980, caíram para 73,6% no ano 2000 e para 64,6% em 2010. Em sentido contrário, os evangélicos tinham uma taxa de 5,2% em 1970, passaram para 15,4% em 2000 e chegaram a 22,2% em 2010. As pessoas que se declararam sem religião eram apenas 0,8% em 1970, passaram

para 7,4% em 2000 e chegaram a 8% em 2010. As demais religiões passaram de 2,3% em 1970 para 3,7% em 2000 e para 5,2% em 2010 (BRASIL, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a espiritualidade e a religiosidade integram a conceituação de qualidade de vida devida à relação entre saúde física e mental (KIMURA et al., 2012).

Em observação ao questionário “Estilo de Vida FANTASTICO” obteve-se uma classificação de: 25% excelente; 75% muito bom. Resultados semelhantes (70,8% muito bom) foram encontrados em uma população de adultos da Zona Sul de São Paulo com os quais se utilizou o mesmo instrumento (MEIRA et al., 2015). Em outro estudo, embora não utilizando todas as variáveis do estilo de vida FANTASTICO, encontrou-se uma menor prevalência (22,7%) de hipertensão arterial em 264 adventistas, comparados a de 24,8% na população brasileira (BRASIL, 2015). Os autores atribuem esse resultado aos hábitos saudáveis do estilo de vida dos participantes (SILVA et al., 2012).

Na avaliação dos domínios independentes, observou-se que a média da dimensão “atividades” foi a que obteve o menor escore. Em um estudo com 273 hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro, ao ser utilizado o questionário do Estilo de Vida FANTASTICO, os pesquisadores encontraram um escore total acima de 90% de “bom a excelente”, no entanto eles relataram que na dimensão “atividades”, os participantes não as praticavam regularmente (PAZ et al., 2011).

Por outro lado, na avaliação desse mesmo domínio, observou-se no presente estudo que houve uma melhora do escore da dimensão “atividades” no final da intervenção. Em uma revisão sistemática sobre a influência da religiosidade na adoção de um estilo de vida ativo, diferentes autores encontraram que o envolvimento religioso foi preponderante na adesão à prática de atividades físicas (SANTOS et al., 2013).

Taunay et al. (2012) afirmam que, atualmente, a maior parte dos estudos indica que a religiosidade é habitualmente um fator de proteção contra o desenvolvimento de doenças mentais, além de estar

associada a melhor qualidade de vida e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Para Oliveira et al. (2012) há importância no papel da espiritualidade na saúde e bem-estar do ser humano. No questionário MINICHAL, em que se avalia a qualidade de vida do hipertenso, após o diagnóstico e o tratamento, encontrou-se que 50% disseram que afeta “não absolutamente” e 50 % “sim, muito”.

A qualidade de vida é um conceito subjetivo que sofre influência de inúmeros fatores próprios da existência humana. O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde procura limitar o estudo desses fatores para aqueles mais diretamente ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo. Assim, a medida da qualidade de vida em pacientes com hipertensão, a partir do MINICHAL, corresponde a uma tentativa de medir os principais fatores ligados à hipertensão que podem influenciar a sensação de bem-estar do paciente. Essa abordagem é importante, pois pode orientar as intervenções em saúde para aspectos que possam impactar positivamente a qualidade de vida. Para isso, faz-se necessário dispor de instrumentos de medida confiáveis (SCHULZ et al., 2008).

Após as oficinas, pode se observar que a pressão arterial diastólica dos participantes se manteve estável antes e após as oficinas, porém, a média da PAS inicial foi de 150mmHg, passando para 130mmHg no final, portanto decrescendo em 20 mmHg. A diminuição da pressão arterial sistólica em até 4 mmHg traria benefícios socioeconômicos para o setor público e de qualidade de vida para os portadores de hipertensão (KOENIG et al., 1998). O controle da doença ainda é muito baixo, apesar da comprovação de medidas efetivas do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão preconizam a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis não só como forma de tratamento, mas também na prevenção da doença (SILVA et al., 2013). Segundo Lucchetti et al. (2010), estudos apontam para uma relação entre R/E e os desfechos clínicos e laboratoriais, incluindo diminuição de níveis de cortisol, da mortalidade e uma menor alteração da pressão arterial em pacientes com maior religiosidade. Kieller e Cunha (2004) acrescentam que é

um desafio para os profissionais da saúde e, dentre eles, o enfermeiro, cuidar de pacientes hipertensos, assegurando que tenham qualidade de vida adequada.

No presente estudo, de forma objetiva, se observou limitações, pois a amostra foi pequena, variando em alguns momentos com quatro ou cinco participantes. Verificou-se na amostra final, em que os dados foram coletados, que a fé evangélica é predominante, por isso acredita-se ser necessária a realização de outras pesquisas em população com dados sociodemográficos mais diversificados e que representem uma visão ampla e uma variedade maior de crenças religiosas do que as apresentadas neste estudo.

Considerações finais

Ao analisar a influência de oficinas de espiritualidade propondo hábitos saudáveis ligados ao estilo de vida na melhoria dos níveis de pressão arterial, verificou-se que ocorreu um efeito positivo e mensurável em todas as médias da qualidade de vida, do estilo de vida e dos valores pressóricos dos participantes, apesar de não serem estatisticamente significantes ($p > 0,05$). Necessita-se realizar estudos desse tipo com uma amostragem maior para visualizar resultados mais robustos.

Destaca-se ainda que esse estudo traz importantes contribuições para o conhecimento e aprofundamento quanto as possíveis associações entre espiritualidade e estilo de vida.

Referências

AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W.T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, set. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2fQngkp>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário oficial da União, Brasília, n. 12, seção 1, p. 59. 13 jun. 2013.

_____. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, n. 15, 2006.

_____. Vigilatel Brasil 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília – DF, 2015.

BRASIL.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Hipertensão, v. 17, n. 1, jan/mar. 2010.

KIELLER, M.; CUNHA, I.C.K.O. Assistência de enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista de Enfermagem UNISA**, n. 5, p. 20-24, 2004.

KIMURA, M.; OLIVEIRA, A. L. de; MISHIMA, L. S.; UNDERWOOD, L. G. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale - versão brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. esp., p. 99-106, 2012.

KOENIG H. G.; BÜSSING A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H.; HIXON, KA; GRUCHOW, HW; MORGAN, DW. The Relation between Religiosity, Selected Health Behaviors, and Blood Pressure among Adult Females. **Preventive Medicine**, v. 27, p. 545- 552, 1998.

KOENIG, H. G.; MCCOLLOUGH, ME; LARSON, DB. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press, 2001.

LANDIM, F. L. P.; LOURINHO, L. A.; LIRA, R. C. M.; SANTOS, Z. M. S. A. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **RBPS**, v. 19 n. 1, p. 53-58, 2006.

LUCCHETI, G.; GRANERO, A. L.; NOBRE, F.; JUNIOR, A. A. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 186-188, 2010.

MASSIERER, D.; OLIVEIRA, A. C. T.; STEINHORST, A. M.; GUS, M.; ASCOLI, A. M.; GONÇALVES, S. C.; MOREIRA, L. B.; JUNIOR, V. C.; NUNES, G.; FUCHS, S. C.; FUCHS, F. D. Prevalência de hipertensão resistente em adultos não idosos: estudo prospectivo em contexto ambulatorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, jul. 2012.

MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; MORAES, M. C. L.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O. Perfil do Estilo de Vida de Adultos da Zona Sul de São Paulo. **Lifestyle Journal**, v. 2, n. 2, p. 67-82, 2015.

OLIVEIRA, G. R.; FITTIPALDI NETO, J.; SALVI, M. C.; CAMARGO, S. M.; EVANGELISTA, J. L.; ESPINHA, D. C. M.; LUCCHETTI, G. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 2, p. 140-4, abr-jun, 2013.

PAZ, E. A.; SOUZA, M. H. N.; GUIMARÃES, R. M.; PAVANI, G. F.; CORREA, H. F. S.; CARVALHO, P. M.; RODRIGUES, R. N. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 3, p. 467-476, 2011.

PEREIRA, V. O. M.; ACURCIO F. A. A.; JÚNIOR, A. A. G.; SILVA, G. D.; CHERCHIGLIA, M. L. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 28, ago. 2012.

REUTER, E. M.; REUTER, C. P.; BURGOS, L. T.; RECKZIEGEL, M. B.; NEDEL, F. B.; ALBUQUERQUE, I. M.; POHL, H. H.; BURGOS, M. S. Obesidade e hipertensão arterial em escolares de Santa Cruz do Sul - RS, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56 n. 6, ago. 2012.

SANTOS, A. R. M.; DABBICO, P.; CARTAXO, H. G. O.; SILVA, E. A. P. C.; SOUZA, M. R. M.; FREITAS, C. M. S. M. Revisão Sistemática Acerca da Influência da Religiosidade na Adoção de Estilo de Vida ativo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 3, p. 419-425, 2013.

SCHULZ, R. B; ROSSIGNOLI, P; CORRER, C. J; LLIMÓS, F. F; TONI, P. M. Validação do mini questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português. (Brasil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 2, 2008.

SELEM, S. S. C.; CASTRO, M. A.; CÉSAR, C. L. G.; MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, ago.2012.

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, jun. 2014.

SILVA, L. B. E.; SILVA, S. S. B. E.; MARCÍLIO, A. G.; PIERIN, A. M. G. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 1; jan. 2013.

SOUZA, C. S.; STEIN, A. T.; BASTOS, G. A. N.; PELLANDA, L. C. Controle da pressão arterial em hipertensos do programa hiperdia: estudo de base territorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102 n. 6, jun. 2014.

STROPPA, A., ALMEIDA, A.M. Religiosidade e Saúde. **Saúde e espiritualidade: uma nova visão de medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008.

TAUNAY T.C.D, GONDIM F.A.A, MACÊDO D.S, ALMEIDA M.A. GURGEL L.A, ANDRADE L.M.S, ET AL. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012.

ULBRICH, A. Z.; BERTIN, R. L.; BOZZA, R.; NETO, A. S.; LIMA, G. Z. S.; CARVALHO, T.; CAMPOS, W. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56, n. 6, ago. 2012.

WHITE, E. G. **A ciência do bom viver**. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 2006.

ZATTAR, L. C.; BOING, A. F.; GIEHL, M. W. C.; D'ORSI, E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29 n. 3, mar. 2013.