

Significado de saúde na perspectiva de portadores de doenças crônicas e de indivíduos saudáveis

Health meaning from the perspective of people with chronic diseases and healthy people

Salud significada desde la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas y personas saludables

Rogério Batista Montenegro¹, Huendel Batista de Figueiredo Nunes¹, Wagner do Carmo Costa², Leila Braga Ribeiro¹, Ana Iara Costa Ferreira¹, José Geraldo Ticianeli¹, Fabiana Nakashima¹, Bianca Jorge Sequeira^{1*}.

RESUMO

Objetivo: Avaliar comparativamente o significado do conceito de saúde na perspectiva de indivíduos portadores de doenças crônicas e de indivíduos saudáveis residentes em Roraima. **Métodos:** Pesquisa transversal, descritiva e analítica, com caráter qualitativo e quantitativo, que envolveu 50 indivíduos portadores de doenças crônicas e 50 indivíduos saudáveis. Os dados foram coletados através de um questionário sociodemográfico e de uma entrevista aberta. **Resultados:** A amostra é composta por 37 homens e 63 mulheres. A faixa etária predominante foi 18-35 anos (39%), com ensino fundamental incompleto (29%), renda familiar de até 1 salário mínimo (55%), com religião (94%) e usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde (91%). Ao atribuírem um significado à saúde, as categorias de palavras mais frequentes para os dois grupos de participantes foram bem-estar, qualidade de vida e ausência de doença. **Conclusão:** Apesar do estudo envolver dois grupos distintos em relação ao processo saúde-doença, não houve distinção quanto ao significado de saúde entre os participantes.

Palavras-chave: Saúde, Qualidade de vida, Doença crônica.

ABSTRACT

Objective: To comparatively evaluate the meaning of the concept of health from the perspective of individuals with chronic diseases and healthy individuals living in Roraima. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, and analytical research, with a qualitative and quantitative character, involving 50 individuals with chronic diseases and 50 healthy individuals. Data were collected through a sociodemographic questionnaire and an open interview. **Results:** The sample consists of 37 men and 63 women. The predominant age group was 18-35 years (39%), with incomplete primary education (29%), family income of up to 1 minimum wage (55%), with religion (94%) and exclusive users of the Unified Health System (91%). When assigning a meaning to health, the most frequent word categories for the two groups of participants were well-being, quality of life and absence of disease. **Conclusion:** Although the study involved two distinct groups in relation to the health-disease process, there was no distinction as to the meaning of health among the participants.

Key words: Health, Quality of life, Chronic disease.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar de manera comparativa el significado del concepto de salud desde la perspectiva de personas con enfermedades crónicas y personas saludables que viven en Roraima. **Métodos:** Investigación transversal, descriptiva y analítica, de carácter cualitativo y cuantitativo, en la que participaron 50 personas con enfermedades crónicas y 50 personas saludables. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario sociodemográfico y una entrevista abierta. **Resultados:** La muestra consta de 37 hombres y 63

¹Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista - RR. *E-mail: bianca.costa@ufrr.br

²Assembleia Legislativa de Roraima (ALE-RR), Boa Vista - RR.

mujeres. El rango de edad predominante fue 18-35 años (39%), con educación primaria incompleta (29%), ingresos familiares de hasta 1 sueldo mínimo (55%), con religión (94%) y usuarios exclusivos del Sistema Único de Salud (91%). Al dar un significado a la salud, las categorías de palabras más frecuentes para los dos grupos de participantes fueron bienestar, calidad de vida y ausencia de enfermedad. **Conclusión:** Aunque el estudio involucró a dos grupos distintos en relación con el proceso salud-enfermedad, no hubo distinción en cuanto al significado de salud entre los participantes.

Palabras-clave: Salud, Calidad de vida, Enfermedad crónica.

INTRODUÇÃO

A saúde é essencial para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida e bem-estar humano. As definições de saúde e doença sofreram modificações desde suas primeiras citações nos primórdios da humanidade. Essas variações tiveram repercussões nas esferas religiosas e científicas, visto que o conceito para ambas, ora conversavam entre si, ora tornavam-se opostos. Por um longo período, ela foi interpretada de forma simples como a inexistência de doença (BEZERRA IMP e SORPRESO ICE, 2016).

Entretanto, esta significação mostrou-se insatisfatória, sendo substituída por outra, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1946, onde passou a ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (FILHO NA, 2011; WHO, 2013).

Segundo Rocha NS e Fleck MPA (2011), diversos fatores influenciam a percepção do ser humano sobre sua própria saúde, como a religião, uma vez que muitas pessoas relacionam sua melhora de saúde mais às forças espirituais e divinas do que ao próprio tratamento médico recebido.

Além disso, a cultura traz consigo um conjunto de significados, crenças, valores, imagens, imaginários e símbolos nos quais inserem o ser humano diariamente e que acabam por interferir na compreensão do seu viver (MIRANDA DB, et al., 2015). Pode-se então afirmar, que os conhecimentos empíricos repassados a cada geração trazem uma certa influência acerca do entendimento de saúde (PIMENTA LF, et al., 2015).

Em oposição a cultura, tem-se o processo de desaculturação, principalmente das comunidades tradicionais, ocasionado devido ao contato com a civilização urbana, contexto que também interfere na percepção e na vivência do conceito de saúde, uma vez que promove sua modificação através da adoção de novos hábitos e paradigmas (MOURA PG, et al., 2010).

Ao longo do tempo, acompanhando a evolução do conceito de saúde na sociedade, várias doenças consideradas crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão arterial sistêmica deslipidemias e alguns transtornos mentais começaram a afetar a qualidade de vida dos seres humanos, estando relacionadas, em grande parte a fatores como qualidade da alimentação, sedentarismo, estresse, condições de trabalho, poluição ambiental e violência social, ou seja, ao estilo de vida (MINAYO MSC, 2014).

Desta forma, com base nesse processo constante de resignificação da saúde, bem como no aumento da prevalência das doenças crônicas, este estudo visa avaliar comparativamente o significado do conceito de saúde na perspectiva de indivíduos portadores de doenças crônicas e de indivíduos saudáveis residentes em Roraima.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e analítico, com o caráter quantitativo e qualitativo que objetivou avaliar comparativamente o significado do conceito de saúde entre dois grupos, o primeiro formado por 50 indivíduos portadores de doenças crônicas (Grupo I) e o segundo por 50 indivíduos saudáveis (Grupo II). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima, por meio do parecer nº 2.962.069.

Os dados dos participantes portadores de doenças crônicas foram coletados no ano de 2019, no Hospital Geral de Roraima e no Hospital Coronel Mota, ambos hospitais públicos localizados na cidade de Boa Vista, capital de Roraima, enquanto os dados dos indivíduos saudáveis foram coletadas em um terminal de ônibus no centro da cidade.

Antes da aplicação do instrumento de coleta de dados, os participantes foram questionados se eram portadores de alguma doença crônica, sendo apresentado para eles uma lista dessas doenças e aqueles que afirmaram não serem portadores, foram considerados aptos a comporem o grupo de indivíduos saudáveis.

Inicialmente foi aplicado um questionário sociodemográfico a cada participante e posteriormente foi realizada uma entrevista constituída das seguintes questões: a) Na sua opinião o que é saúde; b) Na sua opinião o que é ter saúde?; c) Você considera ter um boa saúde? d) O que você precisaria ter ou fazer para ter boa saúde? e) O que você faz para melhorar sua saúde? e f) Onde você busca os serviços de saúde?. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para a análise estatística descritiva dos dados foi utilizado o software Microsoft Excel, enquanto a análise qualitativa foi realizada através da metodologia de análise de conteúdo, utilizando o software Max Data.

RESULTADOS

Dentre os participantes do grupo I (portadores de doenças crônicas) tem-se 04 (8%) participantes com Doença renal crônica, 19 (38%) com Hipertensão arterial sistêmica (HAS), 14 (28%) com *Diabetes mellitus* do tipo 2, 03 (6%) com Câncer, 01 (2%) com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), 01 (2%) com Depressão, 02 (4%) com asma e 06 (12%) participantes que não forneceram essa informação. Já no grupo II, os indivíduos não apresem nenhuma alteração crônica de saúde, segundo relato pessoal.

Com relação às características sociodemográficas dos 100 participantes da pesquisa, de modo geral, ao agruparmos todos os participantes do estudo (Grupos I e II) em um único grupo, no tocante ao gênero, tem-se 37 homens (37%) e 63 mulheres (63%) compondo o universo amostral.

A faixa etária predominante foi de 18-35 anos (39/39%), seguida dos indivíduos acima de 50 anos (38/38%) e por fim daqueles que tinham entre 36-50 anos (23/23%). Já com relação a escolaridade, houve um predomínio de participantes que possuíam o ensino fundamental incompleto (29/29%), ensino médio completo (28/28%), ensino superior incompleto (19/19%), pelos que concluíram um curso superior (17/17%), que possuíam o ensino fundamental completo (5/5%) e por fim por aqueles que tinham o ensino médio incompleto (2/2%). Ainda no quesito escolaridade, a categoria menos prevalente foi representada pelos participantes com ensino médio incompleto, caracterizando apenas 2% do universo amostral.

No tocante a renda familiar mensal, 55 participantes (55%) recebiam até um salário mínimo, 38 (38%) entre 1 e 3 salários mínimos, 3 (3%) entre 4 e 5 salários mínimos e por fim 4 participantes recebiam acima de 5 salários mínimos.

Quando questionados se possuíam alguma religião 94% dos participantes afirmaram que sim, enquanto 06% relatou não possuir. Além disto, sobre a frequência de idas ao seu local de oração, dentre os que relataram possuir religião, 91% afirmou que frequentava sua casa de oração pelo menos uma vez na semana, enquanto 9% relataram que o faziam raramente.

No tocante a frequência de ida aos serviços de saúde em busca de algum tipo de atendimento, 23 participantes (23%) relataram buscar os serviços apenas quando apresentavam algum sintoma, 19 (19%) uma vez a cada seis meses, 17 (17%) uma vez a cada ano, 16 (16%) raramente, 15 (15%) uma vez a cada três meses e 10 (10%) uma vez por mês.

Por fim, com relação a possuírem algum tipo de plano de saúde privado, 9 participantes (9%) relataram que faziam uso deste tipo de instrumento, enquanto a grande maioria, compreendendo 91 participantes, informou não possuir. Ao estratificar-se os dois grupos (doentes crônicos e saudáveis), os resultados sociodemográficos, apresentam o perfil visualizado na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo (Grupo I e Grupo II).

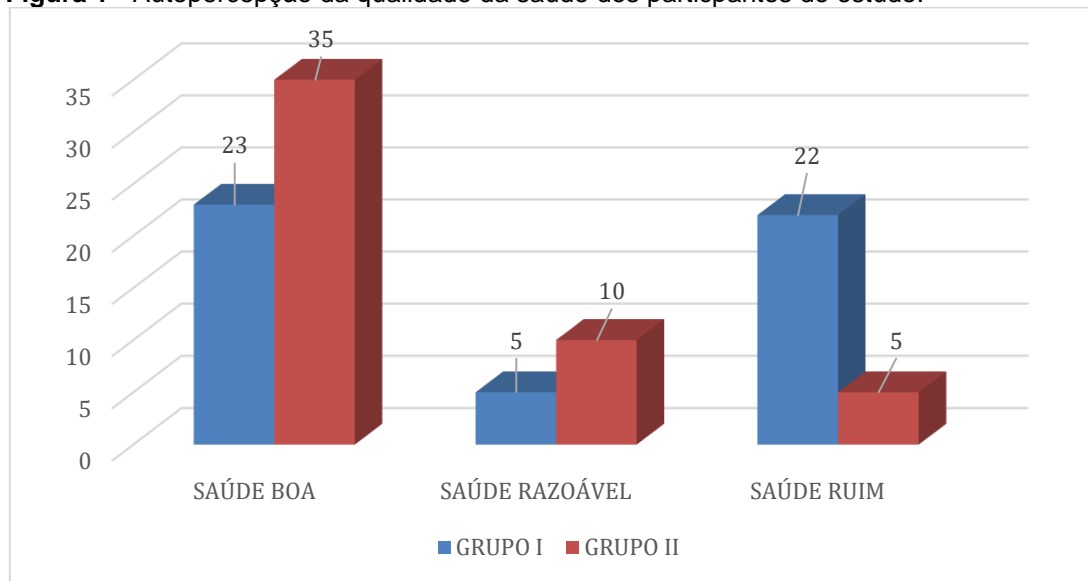
Variável	Grupo I (n)	Grupo I (%)	Grupo II (n)	Grupo II (%)
Sexo				
Feminino	18	36	31	62
Masculino	32	64	19	38
Faixa Etária				
18-35	0	0	39	78
36-50	14	28	9	18
Acima de 50	36	72	2	4
Renda familiar mensal				
Até 1 salário	30	60	25	50
1-3 salários	17	34	21	42
4-5 salários	0	0	3	6
Acima de 5 salários	3	6	1	2
Escolaridade				
Fundamental incompleto	26	52	3	6
Fundamental completo	3	6	2	4
Médio incompleto	0	0	2	4
Médio completo	11	22	17	34
Superior Incompleto	1	2	18	36
Superior Completo	9	18	8	16
Religião				
Possui religião	50	100	44	88
Não possui religião	0	0	6	12
Frequência nos serviços de saúde				
1 vez/mês	10	20	0	0
1 vez/ 3 meses	15	30	0	0
1 vez/ 6 meses	16	32	3	6
1 vez/ano	9	18	8	16
Quando apresenta sintoma	0	0	23	46
Raramente	0	0	16	32
Plano de saúde				
Possui	6	12	3	6
Não possui	44	88	47	94

Fonte: Montenegro RB, et al., 2020.

Quando os participantes do Grupo I foram questionados sobre a qualidade de sua saúde (**Figura 1**), 46% afirmou ter boa saúde, 10% classificou a qualidade da sua saúde como razoável e 44% ruim. Já dentre os representantes do Grupo II, 70% caracterizou a qualidade da sua saúde como boa, 20% como razoável e 10% como ruim.

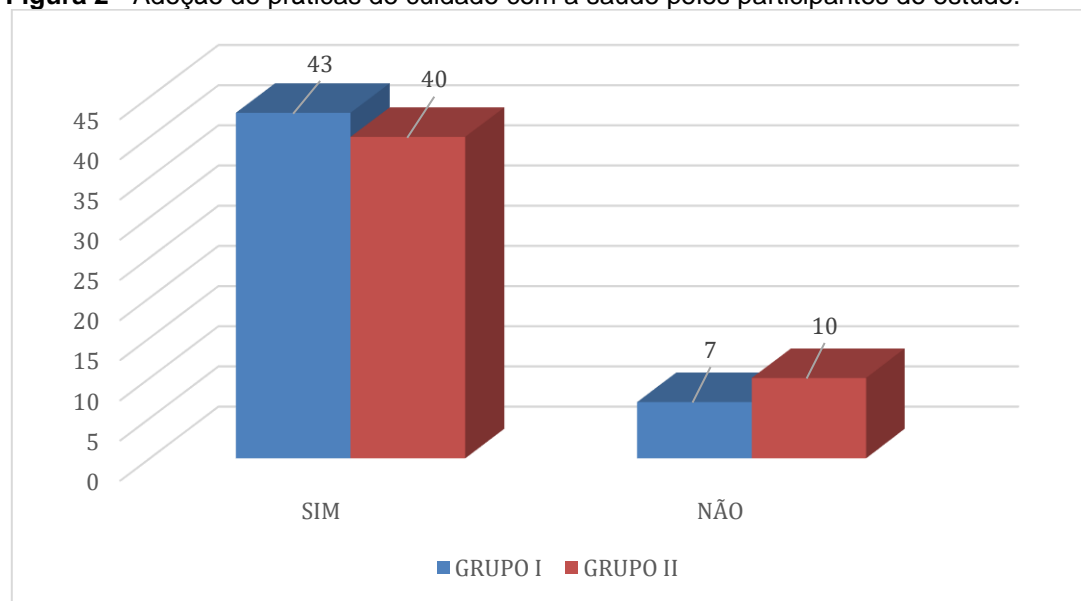
No tocante às práticas de cuidados com a própria saúde (**Figura 2**), no Grupo I, 43 indivíduos (86%) relataram manter práticas de cuidados com sua saúde, como uma boa alimentação, prática de atividades físicas, qualidade do sono e a busca pelos serviços de saúde, enquanto 07 participantes (14%) não. Já, entre os participantes saudáveis (Grupo II), 40 pessoas (80%) afirmaram cuidar rotineiramente da saúde e 10 (20%) alegaram não manter essa prática de cuidados.

Figura 1 - Autopercepção da qualidade da saúde dos participantes do estudo.



Fonte: Montenegro RB, et al., 2020.

Figura 2 - Adoção de práticas de cuidado com a saúde pelos participantes do estudo.



Fonte: Montenegro RB, et al., 2020.

Ao buscar-se um conceito sobre saúde entre os dois grupos estudados, interrogando o que é saúde, foram evidenciadas as seguintes respostas: *significa receber Atenção em Saúde, Bem-estar, Qualidade de vida, Ausência de doença, Boa condição espiritual, Dieta adequada, Poder fazer atividade física e Boa condição física.*

Ao serem questionados sobre o que precisariam fazer para melhorar sua saúde, as respostas mais evidenciadas, tanto no Grupo I quanto no Grupo II foram manter uma dieta adequada, praticar atividade física e receber uma melhor atenção em saúde. Por outro lado, quando questionados sobre o que faziam efetivamente para melhorar a qualidade da sua própria saúde, a grande maioria dos participantes (86% do Grupo I e 80% do Grupo II) afirmou adotar medidas para este fim, não havendo divergência de respostas entre os Grupos I e II, sendo elas principalmente a adoção de uma dieta adequada, a busca mais frequente por atenção em saúde, a prática de atividade física, a adoção de práticas que gerem bem-estar e qualidade de vida e a adoção de práticas espirituais. Dentre as práticas que geram bem-estar foram citadas leitura de assuntos edificantes, realização de atividades prazerosas e aumento das horas de sono.

Por fim, quando questionados sobre o itinerário terapêutico que percorriam para receber assistência em saúde, o Grupo I apresentou o seguinte resultado: 21 participantes (42%) buscavam os hospitais públicos, 16 (32%) procuravam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais públicos, 09 (18%) somente as UBS, 03 (6%) hospitais públicos, hospitais particulares e UBS e 01 (2%) clínica particular, ou seja, 49 (98%) participantes deste grupo recorriam aos serviços do SUS para receber atenção em saúde. Em contrapartida, dentre os participantes do Grupo II, têm-se o seguinte panorama: 28 participantes (56%) recorriam às UBS, 13 (26%) aos hospitais públicos, 07 (14%) hospitais públicos e UBS, 01 (2%) hospitais públicos, hospitais particulares e UBS e 01 (2%) relatou não buscar assistência em saúde em nenhum lugar, ou seja, da totalidade de participantes deste grupo 49 (98%) recorriam aos serviços do SUS para receber atenção em saúde.

DISCUSSÃO

Apesar do presente estudo envolver dois grupos completamente distintos, um formado por 50 pessoas portadoras de doenças crônicas e outro por 50 pessoas saudáveis, observou-se pouquíssima diferença entre os padrões de resposta dentre os grupos, de forma que a percepção dos participantes sobre saúde se mostrou bastante homogênea, não sendo impactada pela presença ou ausência de uma doença crônica.

Ao avaliar-se os dados sociodemográficos como gênero, faixa etária, renda familiar mensal, escolaridade e religião (**Tabela 1**), também não foram evidenciadas diferenças significativas acerca da percepção de saúde. Entretanto, não foi viável comparar este achado a outros estudos, uma vez que há escassez de estudos que abordem essa temática, não sendo possível encontrar nenhum outro estudo na literatura com o mesmo enfoque. Sabe-se que enfermidades crônicas não transmissíveis, estão relacionadas, em grande parte, ao estilo de vida. A aceleração no topo da pirâmide etária populacional traz como consequência, a elevação da quantidade e do agravamento dos processos crônicos (BASTOS MG e KIRSZTAJN, 2011).

Há divergências na literatura acerca da possibilidade de se conceituar saúde, de forma que associar a saúde a condições sociais e/ou ambientais é um importante elemento reflexivo na busca deste conceito (SILVA MJS, et al., 2019a). Costa ML e Bernardes AG (2012) defendem que saúde e doença são maneiras pelas quais a vida se manifesta, caracterizando-se como experiências únicas, subjetivas, de forma que palavras não podem reconhecer e significá-las completamente, uma vez que saúde não é um objeto que pode ser restringido dentro do campo do conhecimento objetivo. Argumentam ainda, que a saúde, entendida como ontologia mínima, pode ser nomeada, mas não conceituada.

Por outro lado, alguns estudos divergem dos autores anteriormente citados, apontando que o conceito é a forma de identificação pelo pensamento dos objetos presentes na realidade objetiva e que, por não conter as características concreto-fatuais presentes em cada caso particular, permite entendê-los com base em seu cerne como objeto abstrato-universal. Concluem assim que, apesar da saúde ser um objeto extremamente complexo, é possível conceituá-la (SILVA MJS, et al., 2019a; SILVA MJS, et al., 2019b).

Foi possível evidenciar no presente estudo a associação entre saúde e um conceito mais amplo, em consonância com o conceito utilizado pela Organização Mundial de Saúde, envolvendo bem-estar físico e mental e qualidade de vida, não ficando restrito apenas a ausência de doença. Fato, também ocorrido quando os participantes de ambos os grupos relataram na sua perspectiva o que significava ter saúde. Deve-se ressaltar que o estudo das percepções das pessoas sobre a saúde pode fornecer um material importante para descrever as condições de vida das mesmas, dando voz aos sujeitos (SILVA MJS, et al., 2019a).

Com relação as respostas, tanto do Grupo I quanto do Grupo II acerca das práticas que deveriam ser adotadas para a melhoria da saúde, manter uma dieta adequada, praticar atividade física e receber uma melhor atenção em saúde foram as mais frequentes. Quanto ao investimento em uma dieta adequada e sua associação com a melhoria da saúde, vários autores corroboram essa associação ao apontarem que uma alimentação variada e equilibrada é garantia de um estado nutricional adequado, necessário para manter um bom nível de saúde geral e oral na população (BICA I, et al., 2012). Os estudos sobre alimentação têm sido úteis para esclarecer mais sobre a interação entre o alimento e o corpo humano, potencializando assim a busca pela saúde e bem-estar (REBOLLO AGC, et al., 2018).

Além de uma dieta mais adequada, os participantes do presente estudo também referiram a necessidade de praticar mais atividade física e receber uma melhor atenção em saúde. No tocante a associação entre a melhoria da saúde e a prática rotineira de atividades físicas, estudos apontam que programas de promoção da saúde relacionados à atividade física se apresentam como uma estratégia na busca de um envelhecimento saudável e devem ser priorizados nas intervenções realizadas nas unidades de saúde da família, já que, além dos benefícios físicos, mentais e sociais, também podem gerar grande economia no setor de saúde (ROCHA SV, et al., 2013; SÁ PHVO, et al., 2016). De acordo com Almeida e colaboradores, há uma relação inversa entre atividade física e mortalidade, dado que a realização de atividades físicas impacta positivamente no perfil antropométrico dos indivíduos durante o processo de envelhecimento (ALMEIDA MAB, et al., 2020).

Já, com relação a associação entre a melhoria da saúde e a necessidade de oferta de uma atenção em saúde mais eficiente, a Constituição brasileira, em seu artigo 196, versa que e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Desta forma, relacionar a melhoria da saúde com a melhor assistência em saúde é comum, uma vez que a assistência multiprofissional em saúde é um dos principais fatores determinantes da saúde humana.

Foi possível evidenciar, através deste estudo, que alguns participantes referiram uma boa condição espiritual como determinante de saúde. A Association of American Medical Colleges aponta que a espiritualidade é um fator que contribui para a saúde de muitas pessoas, haja visto que a mesma é expressa através das buscas individuais para um sentido de vida, por meio da participação na religião e crença em Deus, família, naturalismo, racionalismo, humanismo e, até mesmo, nas artes. Todos esses fatores podem influenciar na maneira como os seres humanos percebem a saúde e a doença e como eles interagem uns com os outros (REGINATO V, et al., 2016).

As dimensões de espiritualidade mais comumente associadas a melhores indicadores de saúde são: a) organizacional: frequência a serviços religiosos públicos como missas e cultos; b) privada: práticas privadas como orações e leituras religiosas; c) coping religioso: estratégias utilizadas por uma pessoa para se adaptar a circunstâncias adversas ou estressantes de vida (MOREIRA-ALMEIDA A e STROPPIA A, 2012; LUCCHETTI G, et al., 2013). Em relação às evidências científicas, as pesquisas sobre espiritualidade evidenciam grande influência dessa dimensão na saúde física e mental dos indivíduos (KOENING HG, 2012).

Cada vez mais estudos sugerem que a religiosidade e a espiritualidade sejam fatores importantes para as pessoas que sofrem ou estão doentes, principalmente os enfermos crônicos. As pessoas espiritualizadas tendem a demonstrar positividade na adversidade, como enfrentamento da doença e tratamento da saúde. Portanto, a espiritualidade favorece a qualidade de vida, dignidade e melhora do bem-estar dos doentes crônicos (SIMÃO MJP e SALDANHA V, 2012).

Outro achado relevante deste estudo foi a associação que os participantes de ambos os grupos fizeram entre saúde e qualidade de vida. Para a OMS, Qualidade de Vida (QV) é a percepção do indivíduo acerca do seu posicionamento na vida, no contexto cultural, bem como nos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação às suas metas, aspirações, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995). Características como capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental estão diretamente relacionadas com a QV, podendo ser avaliados por instrumentos que a mensuram (CASTRO PC, et al., 2014).

A ampla complexidade da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem diversas formas de avaliação, de maneira que muitas vezes indivíduos com a mesma morbidade manifestam de forma diferente os níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional. Baseado nessas questões e na multidimensionalidade da QV, surgiu o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), bem como uma proliferação de instrumentos para medi-la (ALMEIDA-BRASIL CC, et al., 2017; HA NT, et al., 2014).

Noronha DD et al. (2016) apontam uma alta prevalência (57%) de comprometimento da QVRS entre adultos em geral da comunidade. Constatou-se que ser do sexo masculino, possuir automóvel na família, ter utilizado serviços odontológicos recentemente, não possuir doença crônica, não fazer uso diário de medicamento, não ser tabagista e praticar atividades físicas apresentaram-se relacionados a maiores níveis

no Coeficiente da QVRS. Por sua vez, não fazer uso diário de medicamentos e não ser tabagista estiveram associados a maiores níveis da QVRS, ou seja, neste caso ser doente crônico, segundo o estudo, impacta negativamente na Qualidade de Vida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar do estudo envolver dois grupos distintos em relação ao processo saúde-doença, a presença de uma doença crônica não alterou a percepção de saúde dos participantes, não havendo distinção quanto ao significado de saúde entre os mesmos, já que ambos os grupos definiram saúde como bem-estar, ausência de doença e qualidade de vida, nem quanto a adoção de práticas para a melhoria da saúde, pois o padrão de resposta foi a adoção de uma dieta adequada, a busca por atenção em saúde, a prática de atividade física, a adoção de práticas que gerem bem-estar e qualidade de vida e a adoção de práticas espirituais. Espera-se que os resultados possam embasar políticas públicas que promovam a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos doentes crônicos.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MAB, et al. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP, 2012; 142p.
2. ALMEIDA-BRASIL CC, et al. Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(5): 1705-1716.
3. BASTOS MG, KIRSZTAJN GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol* 2011; 33(1): 93-108.
4. BEZERRA IMP, SORPRESO ICE. Conceitos de saúde e movimentos de promoção de Saúde em busca da reorientação de Práticas. *J Hum Growth Dev* 2016; 26(1): 1-10.
5. BICA I, et al. Hábitos alimentares na adolescência: implicações do estado de saúde. *Milenium* 2012; 42: 85-103.
6. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988; 128p.
7. CASTRO PC, et al. Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. *Rev Saude Publica* 2014; 48(1): 63-67.
8. COSTA ML, BERNARDES AG. Produção de saúde como afirmação de vida. *Saúde Soc* 2012; 21(4): 822-835.
9. FILHO NA. O que é Saúde? Bahia: FIOCRUZ, 2011; 50p.
10. HA NT, et al. Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health* 2014; 14: 833-840
11. KOENING HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012; 1:1-33.
12. LUCCHETTI G, et al. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the portuguese language". *São Paulo Med J* 2013; 131: 112-122.
13. MINAYO MCS. Hipertensão, diabetes, obesidade e outros males do Brasil contemporâneo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(6): 1640.
14. MIRANDA DB, et al. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. *Rev Gest Saúde* 2015; 06(3): 2444-2459.
15. MOREIRA-ALMEIDA A, STROPPIA A. Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram?". *Rev Debates em Psiquiatria* 2012; 02: 34-41.
16. MOURA PG, et al. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. *Rev Nutr* 2010; 23(3): 459-465.
17. NORONHA DD, et al. Factors in adult health-related quality of life: a population-based study. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(2): 463-474.
18. PIMENTA LF, et al. The cultural construction of the birth process. *Rev Fundamental Care*, 2013; 05 (4): 591-598.
19. REBOLLO AGC, et al. Repensar la dieta para repensar la vida. *Rev Crítica de Ciências Sociais* 2018; 115: 75-90.
20. REGINATO V, et al. Espiritualidade e Saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trab.Educ.Saúde* 2016; 14(1): 237-255.
21. ROCHA NS, FLECK MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev Psiquiatr Clínica* 2011; 38(1): 19-23.
22. ROCHA SV, et al. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. *Rev Bras Med do Esporte* 2013; 19(3): 191-195.
23. SÁ PHVO, et al. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. *Trab.Educ.Saúde* 2016; 14(2): 545-558.
24. SILVA MJS, et al. Das possibilidades de Um conceito de saúde. *Trab Educ Saúde* 2019a; 17(1): 1-22.
25. SILVA MJS, et al. O conceito de saúde na saúde coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2019b; 29(1): 1-19.
26. SIMÃO MJP, SALDANHA V. Resiliência e psicologia transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. *Revista Mundo da Saúde* 2012; 36(2): 291-302.
27. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-1409.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 8th Global Conference on Health Promotion: the Helsinki Statement on Health in All Policies. Geneva: WHO, 2013.