



LÍDIA LOPES PEREIRA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR, ESPIRITUALIDADE
E RELIGIOSIDADE DE SUJEITOS COM APNEIA
OBSTRUTIVA DO SONO EM USO DE CPAP
(*CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE*)**

**LAVRAS – MG
2023**

LÍDIA LOPES PEREIRA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE
DE SUJEITOS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM USO DE CPAP
(*CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE*)**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, área de concentração em Nutrição e Saúde, para obtenção do título de Mestre.

Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira
Orientador
Prof.^a Dr.^a Rafaela Corrêa Pereira
Coorientadora

**LAVRAS – MG
2023**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA, com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

Pereira, Lídia Lopes.

Comportamento alimentar, espiritualidade e religiosidade de sujeitos com Apneia Obstrutiva do Sono em uso de CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) / Lídia Lopes Pereira. - 2023.

130 p.

Orientador(a): Michel Cardoso de Angelis-Pereira.

Coorientador(a): Rafaela Corrêa Pereira.

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Lavras, 2023.

Bibliografia.

1. Apneia Obstrutiva do Sono. 2. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas. 3. Religião e Medicina. I. Angelis- Pereira, Michel Cardoso de. II. Pereira, Rafaela Corrêa. III. Título.

LÍDIA LOPES PEREIRA

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE
DE SUJEITOS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM USO DE CPAP
(*CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE*)**

**EATING BEHAVIOR, SPIRITUALITY AND RELIGIOSITY OF SUBJECTS
WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA USING CPAP (CONTINUOUS POSITIVE
AIRWAY PRESSURE)**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, área de concentração em Nutrição e Saúde, para obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 17 de outubro de 2023

Dr.^a Anabele Pires Santos - UFLA

Dr.^a Eliane Garcia Rezende - UNIFAL

Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira
Orientador

Prof.^a Dr.^a Rafaela Corrêa Pereira
Coorientadora

**LAVRAS – MG
2023**

AGRADECIMENTOS

Como é louvável e essencial a oportunidade de agradecer. Agradecer, na minha concepção, revela a pluralidade dos seres e a impossibilidade de passar por esta vida solitários. Agradecer é, ao mesmo tempo, a aclamação da nossa pequenez para encararmos a imensidão do mundo desacompanhados e o ato de glorificação à possibilidade de termos com quem contar. Dedico, então, meu reconhecimento aos que não me deixaram caminhar sozinha.

A Deus e a Nossa Senhora Aparecida que me conduzem no caminho em busca da sabedoria, do autoconhecimento e da constante evolução, por me darem forças nos inumeráveis momentos em que a desistência pareceu ser a única opção e por me permitirem a dádiva da vida.

A minha filha, Laura, por entender o desafio deste trabalho, por suportar as horas em que tive que me dedicar à escrita e não a acompanhar nos passeios de domingo. Por me mostrar o que é verdadeiramente o amor incondicional e por ser essa criança tão inteligente, de coração tão gentil e ciente das suas necessidades de futuro e responsabilidades do presente. Eu sou sua fã, filha.

Ao Alvinho, meu companheiro, meu amigo, meu amor, meu parceiro em tempos de calma e meu aliado de trincheira em dias de guerra. Obrigada por cuidar da casa, da Laura, da nossa família enquanto eu passava horas no computador para dar conta deste trabalho. Obrigada por ter paciência com minhas crises e oscilações de humor durante esse processo e por acreditar em mim mais do que eu mesma.

Aos meus orientadores, Michel e Rafa, agradeço por acreditarem no meu trabalho quando quase ninguém mais acreditava e por comprarem minha ideia, me permitindo seguir meu coração e me podendo quando ele me fazia perder o foco. Vocês são incríveis! Corrigem, cobram, mas acima de tudo forneceram o afeto e o conhecimento necessário para o meu crescimento.

Às amigas, Danielle, Rafaelly Stavale, Delénia, Flávia, Lari e Gabi pelo apoio contínuo, por sempre me motivarem a não desistir e acreditar no meu potencial. Vocês foram incansáveis em ajudar e se fizeram presente nos momentos mais delicados dessa jornada acadêmica.

Aos amigos Vitor, Livia e Fernanda pelo companheirismo e ajuda imprescindível na coleta de dados.

À amiga e companheira de trabalho, Ana Laura, de uma sabedoria ímpar, sempre compreensiva, solidária, parceira de sonhos e ideais.

Ao fisioterapeuta Laerte pelo conhecimento científico compartilhado, por me impulsionar diante dos desafios e se fazer um amigo presente em cada momento dessa trajetória.

À Maria do Socorro, que com sua voz doce e serena, prontamente se fez solidária na gravação do áudio da oração, não medindo esforços para contribuir.

Aos participantes desta pesquisa, pela confiança, pelas histórias compartilhadas, pelo tempo disponibilizado e pela troca de conhecimento. Vocês impactaram minha vida e transformaram meu olhar sobre a fé e a esperança, e isso não tem preço.

Às professoras Dra. Juciane de Abreu Ribeiro Pereira, Dra. Mariana Araújo Vieira do Carmo por aceitarem integrar a banca de qualificação e pelas riquíssimas contribuições com este trabalho, e às professoras, Dra. Eliane Garcia Rezende e Dra. Anabele Pires Santos, por aceitarem compor a banca final deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Lavras pelo apoio prestado à pesquisa.

A todos vocês minha gratidão e estima!

“Longe se vai sonhando demais
Mas onde se chega assim
Vou descobrir o que me faz sentir
Eu, caçador de mim.”

(Intérprete: Milton Nascimento. Compositor: Sérgio Magrão)

RESUMO

A coexistência entre excesso de peso e Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) requer como tratamento o uso do *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) e mudanças no comportamento alimentar. Religião e espiritualidade parecem estar associadas a adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida em Condições Crônicas de Saúde. Objetivou-se: (1) conhecer o comportamento alimentar de sujeitos com AOS e excesso de peso, investigando a associação com a religiosidade e qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais e (2) determinar o impacto de intervenção espiritual, em detrimento de grupo comparativo, sobre a adesão ao CPAP e o bem-estar espiritual em sujeitos com AOS. Foram recrutados, no Município de Lavras-MG, sujeitos com AOS moderada a grave. Adesão ao CPAP foi investigada por meio do sistema de telemonitoramento *AirView™* e categorizada em: boa adesão ao CPAP (> 4 horas/noite) e baixa adesão (< 4 horas/noite). Na primeira etapa da pesquisa, foram investigados dados de comportamento alimentar [*Three Factor Eating Questionnaire* (TFEQ-R21)], qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais [*World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB)] e religiosidade [*Duke Religious Index* (DUREL)]. Na segunda etapa da pesquisa, foram investigados dados de qualidade de vida [*World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF)] e bem-estar espiritual [*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp)]. A intervenção espiritual foi uma oração baseada no Salmo 23, com fundo musical. No grupo comparativo foi utilizado áudio baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira. Em ambos os estudos, os dados foram analisados no software SPSS; $p < 0,05$ foi adotado. Na primeira etapa da pesquisa, foram incluídos 58 participantes com média de idade de $59,2 \pm 11,1$ anos, sendo 51,7% ($n = 30$) do sexo feminino. Maiores escores de restrição cognitiva foram observados [52,8 (27,8 – 72,2)]. Menor idade e maior IMC estiveram associados a maiores escores nas subescalas descontrolado alimentar e alimentação emocional. Assim como, maiores escores para o sexo feminino na subescala alimentação emocional. Participação frequente em atividades religiosas organizacionais e não organizadas, além da busca de internalização e vivência plena da religiosidade como papel central da vida foram relatados. Não houve associações entre o comportamento alimentar e qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais e religiosidade ($p > 0,05$). Na segunda etapa da pesquisa, participaram 62 sujeitos com média de idade igual a $59,3 \pm 11,0$ anos, sendo 50% do sexo feminino. Em ambos os grupos, não houve aumento da adesão ao CPAP pós-intervenção ($p > 0,05$). Entretanto, houve manutenção da boa adesão ao CPAP e aumento do bem-estar espiritual no momento pós-intervenção, sendo este último associado à maior qualidade de vida ($p < 0,05$). Faz-se importante investigar o comportamento alimentar de sujeitos com AOS e excesso de peso como prática produtora de saúde. Quanto a adesão ao CPAP, ambas as intervenções, oração e Guia Alimentar, foram efetivas na manutenção da adesão ao CPAP e promoção de maior bem-estar espiritual em sujeitos com AOS moderada a grave.

Palavras-chave: Apneia Obstrutiva do Sono. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Religião e Medicina. Comportamento alimentar.

ABSTRACT

The coexistence of overweight and Obstructive Sleep Apnea (OSA) requires the use of Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) and changes in eating behavior as treatment. Religion and spirituality seem to be associated with adherence to treatment and changes in lifestyle in Chronic Health Conditions. The objective was: (1) to know the eating behavior of subjects with OSA and overweight, investigating the association with religiosity and quality of life in terms of spiritual, religious and personal beliefs and (2) determine the impact of spiritual intervention, at the expense of a comparative group, on adherence to CPAP and spiritual well-being in subjects with OSA. Subjects with moderate to severe OSA were recruited in the city of Lavras-MG. Adherence to CPAP was investigated using the AirView™ telemonitoring system and categorized into: good adherence to CPAP (> 4 hours/night) and poor adherence (< 4 hours/night). In the first stage of the research, data on eating behavior [Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21)], quality of life in terms of spiritual and religious aspects and personal beliefs [World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs] were investigated. (WHOQOL-SRPB)] and religiosity [Duke Religious Index (DUREL)]. In the second stage of the research, data on quality of life [World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)] and spiritual well-being [Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)] were investigated. The spiritual intervention was a prayer based on Psalm 23, with background music. In the comparative group, audio based on the Food Guide for the Brazilian Population was used. In both studies, data were analyzed using SPSS software; $p < 0.05$ was adopted. In the first stage of the research, 58 participants with a mean age of 59.2 ± 11.1 years were included, of which 51.7% ($n = 30$) were female. Higher cognitive restriction scores were observed [52.8 (27.8 – 72.2)]. Younger age and higher BMI were associated with higher scores on the uncontrolled eating and emotional eating subscales. As well as higher scores for females on the emotional eating subscale. Frequent participation in organizational and non-organized religious activities, in addition to the search for internalization and full experience of religiosity as a central role in life, were reported. There were no associations between eating behavior and quality of life in terms of spiritual, religious, personal beliefs and religiosity ($p > 0.05$). In the second stage of the research, 62 subjects with a mean age of 59.3 ± 11.0 years participated, 50% of whom were female. In both groups, there was no increase in post-intervention adherence to CPAP ($p > 0.05$). However, good adherence to CPAP was maintained and spiritual well-being increased post-intervention, the latter being associated with better quality of life ($p < 0.05$). It is important to investigate the eating behavior of subjects with OSA and overweight as a health-producing practice. Regarding adherence to CPAP, both interventions, prayer and Dietary Guide, were effective in maintaining adherence to CPAP and promoting greater spiritual well-being in subjects with moderate to severe OSA.

Keywords: Sleep Apnea, Obstructive. Continuous Positive Airway Pressure. Treatment Adherence and Compliance. Religion and Medicine. Feeding Behavior.

SUMÁRIO

	PRIMEIRA PARTE.....	12
1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	Apneia Obstrutiva do Sono (AOS).....	14
2.1.1	Tratamento na AOS.....	15
2.1.1.1	<i>Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)</i>.....	15
2.1.1.2	Tratamento nutricional e excesso de peso.....	17
2.1.1.2.1	Avaliação do comportamento alimentar.....	18
2.1.2	Qualidade de vida e AOS.....	19
2.1.2.1	Avaliação da qualidade de vida.....	20
2.2	Religião/espiritualidade, bem-estar espiritual e saúde.....	21
2.2.1	Avaliação da religiosidade.....	25
2.2.2	Avaliação do bem-estar espiritual.....	25
2.3	Guia Alimentar para a População Brasileira e promoção à saúde.....	26
3	DESCRIÇÃO METODOLÓGICA COMPLETA DO ESTUDO.....	28
3.1	Delineamento.....	28
3.2	Variáveis sociodemográficas, clínicas, religiosas e antropométricas.....	29
3.3	<i>Three Factor Eating Questionnaire – R21</i>.....	29
3.4	<i>World Health Organization Quality of Life</i>.....	30
3.5	<i>World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs</i>.....	31
3.6	<i>Duke Religious Index</i>.....	31
3.7	<i>Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being</i>...	32
3.8	Análises estatísticas.....	32
3.9	Fluxograma das etapas da pesquisa.....	33
	REFERÊNCIAS.....	35
	SEGUNDA PARTE - ARTIGOS.....	52

	ARTIGO 1 – COMPORTAMENTO ALIMENTAR, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DE SUJEITOS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E EXCESSO DE PESO.....	52
1	INTRODUÇÃO.....	55
2	METODOLOGIA.....	57
2.1	Delineamento do estudo.....	57
2.2	Dados coletados.....	57
2.3	<i>Three Factor Eating Questionnaire – R21</i>.....	58
2.4	Aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais.....	58
2.5	<i>Duke Religious Index</i>.....	59
2.6	Análise estatística.....	59
3	RESULTADOS.....	61
4	DISCUSSÃO.....	67
5	CONCLUSÃO.....	71
	REFERÊNCIAS.....	72
	ARTIGO 2 - BEM-ESTAR ESPIRITUAL E ADESÃO AO CPAP EM SUJEITOS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO MODERADA A GRAVE APÓS INTERVENÇÃO BASEADA EM ORAÇÃO E DESFECHOS ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA.....	79
1	INTRODUÇÃO.....	82
2	METODOLOGIA.....	84
2.1	Delineamento do estudo.....	84
2.2	Randomização.....	84
2.3	Grupo Intervenção Espiritual.....	85
2.4	Grupo Comparativo.....	85
2.5	Características sociodemográficas.....	86
2.6	Bem-estar espiritual.....	86
2.7	Adesão ao CPAP.....	87
2.8	Qualidade de vida.....	87
2.9	Análise estatística.....	88

2.10	Fluxograma.....	88
3	RESULTADOS.....	90
4	DISCUSSÃO.....	94
5	CONCLUSÃO.....	97
	REFERÊNCIAS.....	98
	APÊNDICES.....	107
	Apêndice A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	107
	ANEXOS.....	109
	Anexo A – Questionário Sociodemográfico.....	109
	Anexo B - Modelo Relatório de adesão Airview™.....	111
	Anexo C - TFEQ-R21.....	113
	Anexo D – WHOQOL – BREF.....	117
	Anexo E – WHOQOL - SRPB.....	120
	Anexo F – DUREL.....	127
	Anexo G – FACIT-Sp.....	129

PRIMEIRA PARTE

1 INTRODUÇÃO

Há aumento, a ritmo alarmante, na prevalência da Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) em todo o mundo, caracterizando-a como importante problema de saúde global (BENJAFIELD et al., 2019). O sobrepeso e a obesidade, cujas prevalências vêm aumentando nos últimos anos (MOHAJAN; MOHAJAN, 2023), são fatores de riscos importantes que podem explicar, em grande parte, a alta e crescente carga da doença AOS (MITRA; BHUIYAN; JONES, 2021; SENARATNA et al., 2017).

O tratamento padrão-ouro para a AOS moderada a grave inclui o uso do aparelho de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP, do inglês *Continuous Positive Airway Pressure*) durante o sono (BUCKINGHAM; CORKERON, 2020; RIACHY et al., 2017). Além disso, dado a coexistência de AOS e excesso de peso, modificações no estilo de vida como prática de exercícios físicos e tratamento nutricional são recomendadas (CARNEIRO-BARRERA et al., 2022). Como consequências, mudanças no comportamento alimentar podem favorecer o controle do sobrepeso/obesidade (EDWARDS et al., 2019) e podem contribuir na redução da gravidade da doença (GOTTLIEB; PUNJABI, 2020).

No entanto, apesar da eficácia comprovada da utilização do CPAP, os benefícios são limitados pela baixa aceitação e adesão pelos sujeitos com AOS (LABARCA et al., 2020), de modo que esses sujeitos podem sofrer impacto direto na qualidade de vida, saúde e bem-estar (DUARTE et al., 2022; GARBARINO et al., 2016). Todavia, apesar de estudo prévio indicar que sujeitos com AOS podem necessitar de atenção específica ao comportamento alimentar quando submetidos a intervenções de perda de peso (BEATTY et al., 2021), até o momento, existem poucos estudos de variáveis associadas ao comportamento alimentar nesses sujeitos (CASSIDY; HARVEY; SMYTH, 2023).

Assim, investigar possíveis variáveis associadas à adesão ao tratamento com CPAP e mudanças no comportamento alimentar são de suma importância no manejo da AOS (SPORNDLY-NEES et al., 2020). Além disso, a literatura científica ilustra desfechos positivos de intervenções espirituais e religiosas na adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida em Condições Crônicas de Saúde (DIEGO-CORDERO et al., 2022; LITALIEN; ATARI; OBASI, 2021).

Nesse sentido, intervenções relacionadas com o desenvolvimento espiritual, incluindo a prática da oração, estão diretamente ligadas com o bem-estar e qualidade de vida, podem

modular alterações fisiológicas, melhorar a adesão, favorecer comportamentos alimentares saudáveis e promoção da saúde (BRASILEIRO et al., 2017; COHEN, 2021; DIEGO-CORDERO et al., 2022; DEL CASTILLO, 2021; KOENIG, 2012; MICHOPLOU; JAUNIŠKIS, 2020).

Em destaque, o cuidado integral e holístico centrado nos sujeitos com AOS deve incorporar a compreensão das crenças, expectativas, estilo de vida e bem-estar espiritual para abordagens abrangentes que contemplem para além das necessidades físicas, mas com igual atenção os aspectos espirituais, psicológicos e sociais dos sujeitos (QUEIROZ et al., 2022; MERATH et al., 2020; SANTOS, 2022; SABEL; MUNRO, 2014; WATACH; HWANG; SAMYER, 2021).

Nessa perspectiva, os objetivos do presente estudo foram: (1) conhecer o comportamento alimentar de sujeitos com AOS e excesso de peso, investigando a associação com a religiosidade e qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais e (2) determinar o impacto de intervenção espiritual, em detrimento de grupo comparativo, sobre a adesão ao CPAP e o bem-estar espiritual em sujeitos com AOS moderada a grave do Município de Lavras-MG.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Apneia Obstrutiva do Sono (AOS)

A AOS é um distúrbio crônico caracterizado pelo colapso recorrente completo ou parcial das vias aéreas superiores durante o sono, com duração de pelo menos 10 segundos (BUCKINGHAM; CORKERON, 2020; GOTTLIEB; PUNJABI, 2020; NIETO; PEPPARD; YOUNG, 2009). A gravidade da doença é classificada pelo número de eventos respiratórios por hora [índice de apneia-hipopneia (IAH)] sendo categorizada como leve, moderada ou grave em níveis de IAH de ≥ 5 , ≥ 15 e ≥ 30 eventos por hora de sono, respectivamente (BERRY et al., 2012).

Trata-se de doença de prevalência crescente, especialmente em indivíduos do sexo masculino, obesos, com idade entre 30 e 69 anos e que apresentam espaço aéreo superior reduzido (MOURA et al., 2017; DUARTE et al., 2022; LABARCA et al., 2020). Estimativas recentes sugerem que, em todo o mundo, cerca de 1 bilhão de adultos entre 30 e 69 anos possuem AOS, dos quais 936 milhões possuem AOS leve e 425 milhões AOS de forma moderada a grave, cujo tratamento com CPAP é recomendado (BENJAFIELD et al., 2019; DUARTE et al., 2022). Há ainda, expectativa de aumento na prevalência da doença nos próximos anos acarretando altos custos de saúde, sociais e econômicos (BENJAFIELD et al., 2019; BUCKINGHAM; CORKERON, 2020; DEMPSEY et al., 2010).

No Brasil, amostragem de base populacional de paulistas estimou que a taxa de prevalência de AOS foi de 32,8% em 2010 (TUFIK et al., 2010). Em 2017, Moura e colaboradores evidenciaram que no estado de Teresina 29% da população apresentava alto risco para AOS (MOURA et al., 2017). Nessa perspectiva, o Brasil se encontra entre os 10 países com as maiores estimativas de pessoas com AOS: 49 milhões com IAH ≥ 5 eventos/h e 25 milhões com IAH ≥ 15 eventos/h (BENJAFIELD et al., 2019; DUARTE et al., 2022).

A etiologia da AOS é multifatorial, envolve interação complexa de fatores anatômicos, neuromusculares e predisposição genética subjacente para a doença. Os fatores de risco incluem obesidade, ronco, sexo masculino, meia-idade e menopausa, em mulheres. As características craniofaciais e orofaríngeas também são fatores de risco, como a grande circunferência do pescoço ou micrognatia, obstrução nasal, amígdalas/adenoides aumentadas, macroglossia e flacidez do palato (SPICUZZA; CARUSO; DI MARIA, 2015; WEAVER; SAWYER, 2010).

Em adendo, alguns estudos ilustram que a alimentação pode influenciar sobre o risco de desenvolver AOS e, ainda, sobre a gravidade do distúrbio. Maior frequência de consumo de frutas está associada ao risco reduzido de desenvolver AOS, enquanto que a alimentação caracterizada por maiores níveis de consumo de frituras, alimentos salgados e bebidas gaseificadas pode aumentar o risco de AOS (DU et al., 2021). Ademais, a maior gravidade da doença se associa a menor qualidade geral da alimentação, caracterizada pelo menor consumo de cereais integrais e maior consumo de carne vermelha e/ou processada (REID et al., 2019).

O teste diagnóstico padrão para sujeitos que apresentem sinais e sintomas que indiquem uma preocupação com a AOS é a polissonografia (KAPUR et al., 2017). De maneira específica, a polissonografia do tipo 1, pois permite a informação detalhada dos estágios de sono e das anormalidades respiratórias por meio de um exame completo e supervisionado por um técnico (DUARTE et al., 2022).

Os tratamentos eficazes para AOS incluem mudanças no estilo de vida, como alimentação e exercícios, pressão positiva nas vias aéreas (CPAP), aparelhos intraorais que mantêm a mandíbula para frente durante o sono e modificação cirúrgica dos tecidos moles da faringe ou do esqueleto facial para ampliar as vias aéreas superiores. Atualmente, não há terapias farmacológicas eficazes, entretanto, medidas comportamentais com intervenções no estilo de vida e perda de peso estão associadas à melhora da gravidade da AOS (GOTTLIEB; PUNJABI, 2020).

2.1.1 Tratamento na AOS

2.1.1.1 *Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)*

O tratamento com CPAP é a intervenção considerada padrão-ouro para pacientes com AOS moderada e grave (LABARCA et al., 2021). Essa terapia envolve o uso de um gerador de fluxo de ar, que fornece fluxo constante de ar pressurizado para abrir as vias aéreas superiores durante as fases inspiratória e expiratória da respiração (BROS et al., 2020).

O CPAP é uma forma de fornecer pressão expiratória final positiva (PEEP), que é a pressão nos alvéolos acima da pressão atmosférica no final da expiração, mas também mantém a pressão ao longo do ciclo respiratório, durante a inspiração e expiração. No CPAP, nenhuma pressão adicional acima do nível definido é fornecida e os sujeitos devem iniciar todas as respirações (PINTO; SHARMA, 2019).

A eficácia desta terapia é baseada na melhora dos sintomas da AOS, mudanças na arquitetura do sono e diminuição significativa no IAH. Contudo, apesar da eficácia comprovada da utilização do CPAP, esta é limitada pela baixa aceitação e adesão pelos sujeitos com AOS (LABARCA et al., 2020). A aceitação é comumente definida como o uso de CPAP durante as primeiras 2 semanas após a prescrição, e a adesão, definida como o uso de CPAP por pelo menos 4 h/noite durante 70% das noites no período avaliado. As taxas de aceitação são em torno de 4%, e as taxas de adesão variam de 5% a 89% nos primeiros 6 meses (REZAIE; PHILLIPS; KHAZAIE, 2018).

A não adesão ao tratamento está associada à natureza intrusiva da terapia CPAP, a aversão natural de usar a máscara pouco atraente para dormir e a sensação de claustrofobia (WEAVER; GRUNSTEIN, 2008). Outras barreiras específicas para a não adesão ao tratamento incluem irritação da pele, garganta seca, congestão nasal e vazamentos na máscara. Diversos eventos, incluindo aspectos psicológicos, motivacionais e ambientais também são citados (BROSTRÖM et al., 2010). Estilos de enfrentamento com situações desafiadoras (*coping*), expectativas de tratamento, problemas práticos com o uso do aparelho, efeitos psicológicos negativos em relação ao tratamento, bem como o apoio insuficiente do pessoal de saúde e do cônjuge também influenciam sobre a adesão ao tratamento (BROSTRÖM et al., 2010; RAPELLI et al., 2021).

Estudos relataram que intervenções motivacionais e comportamentais focadas em aumentar o conhecimento sobre a AOS, uso do CPAP, melhorar a adaptação dos usuários e a remoção de barreiras potenciais para o uso do dispositivo, levam a melhorias parciais na adesão ao tratamento (ALOIA et al., 2005; MINASSIAN; DORAN, 2020; RAPELLI et al., 2021; WEAVER; GRUNSTEIN, 2008). Intervenções baseadas em telemedicina também têm demonstrado resultados positivos no aumento da adesão (LABARCA et al., 2021). Assim, o monitoramento e o envolvimento da equipe multidisciplinar devem abranger acompanhamentos pessoais e consultas por telefone, no intuito de promover orientações e correções importantes para garantir que os sujeitos utilizem corretamente o CPAP (REZAIE; PHILLIPS; KHAZAIE, 2018).

Por fim, a literatura tem relacionado a adesão ao tratamento da AOS com o acompanhamento dos usuários em longo prazo e a educação em saúde contínua. Ademais, o uso das práticas integrativas como terapia adjuvante em Condições Crônicas de Saúde tem demonstrado efeito positivo no auxílio da adesão ao tratamento destas enfermidades (LV et al., 2023; SALLES; HOMO; SILVA, 2014; O'BRIEN et al., 2022).

Em adendo, o CPAP é financiado pelo Ministério da Saúde (MS) para entidades públicas e privadas sem fins lucrativos, por meio de termos de cooperação, repasses do tipo fundo a fundo e convênios, que são instrumentos legais para a formalização de transferências voluntárias do MS para o aprimoramento do aparelhamento tecnológico do SUS. O equipamento não é um item dispensado pelo MS diretamente aos pacientes, e sim de responsabilidade da entidade solicitante a sua devida alocação e manutenção daqueles pacientes que necessitam da terapia por pressão positiva. Desta forma, o uso do CPAP na atenção domiciliar é regulamentado pela Portaria MS nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013).

2.1.1.2 Tratamento nutricional e excesso de peso

Aceita-se que a AOS e a obesidade comumente coexistem. Cerca de 60-90% dos adultos com AOS são relatados como vivendo com excesso de peso (LEPPÄNEN et al., 2019). Em primeiro lugar, a obesidade é tida como fator de risco importante para os distúrbios respiratórios do sono, especialmente a AOS, em que o excesso de gordura corporal ocasiona alterações anatômicas que contribuem para sua patogênese (PENNINGIS et al., 2022). A deposição de gordura no trato respiratório superior ocasiona a estenose das vias aéreas superiores e diminuição da atividade muscular nessa região, resultando em hipoxia e apneia (JEHAN et al., 2017). Nessa perspectiva, a literatura científica sugere que a obesidade pode também acelerar a progressão da AOS (FRANKLIN; LINDBERG, 2015).

Ademais, embora o excesso de peso seja comprovadamente fator de risco importante para o desenvolvimento da AOS, há evidências consideráveis de uma relação bidirecional, em que a AOS também afeta o peso corporal. Sugere-se que quanto maior a gravidade da AOS, ou ainda, quando ausência de tratamento para esse distúrbio do sono, maior o risco de ganhar peso (ALIBABAEI et al., 2021; SHECHTER, 2017), provavelmente porque a privação do sono pode resultar em alteração nos hormônios reguladores do apetite, como grelina e leptina, resultando em aumento do apetite (BAYON et al., 2014; COOPER et al., 2018). Além disso, a falta inconsistente de sono resultante da AOS não tratada tem sido associada à redução do controle cognitivo e qualidade da alimentação, além de maior alimentação emocional e descontrolada, podendo favorecer o excesso de peso (CEDERNAES et al., 2014; RICHARDS; SPECKER, 2020; ZERÓN-RUGERIO et al., 2022).

Nessa perspectiva, além do uso do CPAP, os tratamentos complementares recomendados para adultos com AOS e excesso de peso incluem rever os padrões alimentares

relacionados à AOS para melhor compreender sobre essa relação complexa e favorecer aspectos da perda de peso ou mudança de estilo de vida (CASSIDY; HARVEY; SMYTH, 2023; HOOD et al., 2013). Recomendação para a perda de peso mediante intervenções de estilo de vida, incluindo alimentação saudável, é considerada opção de tratamento para AOS (DOBROSIELSKI et al., 2017), além de serem estratégias eficazes para melhorar o perfil de fator de risco cardiovascular em sujeitos com obesidade e AOS (BLACKMAN et al., 2016; CHIRINOS et al., 2014; FRANKLIN; LINDBERG, 2015; GOTTLIEB; PUNJABI, 2020).

Vale evidenciar que as estratégias de controle de peso de sujeitos com AOS e excesso de peso devem considerar não somente a prescrição de dieta de calorias reduzidas, mas também orientações comportamentais adaptadas às preferências individuais dos sujeitos (HUDGEL et al., 2018). Especialmente, porque a mudança do comportamento alimentar de indivíduos com obesidade e AOS possui barreiras e facilitadores. Baixa autoconfiança, apoio insuficiente e falta de conhecimento sobre estratégias alimentares saudáveis são algumas das barreiras, enquanto que apoio e acompanhamento, acessibilidade e habilidades aplicadas para uma alimentação saudável atuam como facilitadores à mudança do comportamento alimentar para essa população em particular (SPÖRNDLY-NEES et al., 2014).

2.1.1.2.1 Avaliação do comportamento alimentar

Como ferramenta desenvolvida para avaliar o comportamento alimentar tem-se o “*Three Factor Eating Questionnaire*” (TFEQ). Inicialmente, em 1985, o questionário TFEQ foi validado com 51 itens, sendo reputado como uma medida segura e válida da restrição cognitiva (STUNKARD; MESSICK, 1985). No entanto, posteriormente, estudo que objetivou avaliar a validade de construto do TFEQ em homens e mulheres obesos não replicou a estrutura original do TFEQ e um novo instrumento abreviado, com 18 itens, foi construído (KARLSSON et al., 2000).

Após estudo adicional da validade construtiva da forma abreviada do questionário, uma nova versão com 21 itens foi obtida (TFEQ-R21), representando os fatores de “restrição cognitiva”, “alimentação descontrolada” e “alimentação emocional” (THOLIN et al., 2005). Essa versão foi validada para o português por Natacci; Ferreira Júnior (2011), mantendo os três domínios.

A dimensão “restrição cognitiva” do comportamento alimentar pode ser caracterizada pela regulação da ingestão alimentar, determinada por regras e crenças sobre alimentos e quantidades permitidas para regulação do peso ou da forma corporal. O “descontrole

alimentar” refere-se à tendência em perder o autocontrole e consumo exagerado de alimentos na presença da fome ou estímulos externos. Por fim, a “alimentação emocional” representa a propensão para comer exageradamente em resposta a estados emocionais negativos, mesmo na ausência da fome física (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011).

2.1.2 Qualidade de vida e AOS

A adesão ao tratamento está associada à melhora no estado de saúde dos sujeitos com AOS, inclusive melhora dos sintomas e qualidade de vida (OJO et al., 2023), especialmente nos casos de maior gravidade da AOS (BATOOL-ANWAR et al., 2016). Nesse sentido, os sintomas mais comuns da AOS são o sono não reparador, com sonolência excessiva durante o dia relatada por até 90% dos pacientes, fadiga e ronco habitual. Outras queixas observadas incluem cefaleia matinal e a apresentação de despertares acompanhados de respiração ofegante ou engasgamentos durante o sono (GOTTLIEB; PUNJABI, 2020; SAWYER et al., 2011). Além disso, episódios recorrentes de AOS podem, conseqüentemente, levar ao aumento do risco de acidentes, cansaço, perda da qualidade de vida, perda de memória, diminuição da libido e impotência sexual (LACASSE; GODBOUT; SERIES, 2002; LOKE et al., 2012; VANEK et al., 2020).

Destaca-se, ainda que episódios recorrentes de apneias, hipóxia intermitente e fragmentação do sono afetam a função de diferentes órgãos e sistemas, alterando o equilíbrio metabólico corporal (FRANKLIN; LINDBERG, 2015; SPICUZZA; CARUSO; DI MARIA, 2015; WEAVER; SAWYER, 2010). Conseqüentemente, a AOS pode propiciar a multimorbidade, definida como a presença de duas ou mais Condições Crônicas de Saúde (LEE; JUNG, 2023), como queixas cognitivas, hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2, infarto agudo do miocárdio, obesidade e síndrome metabólica (DEMPSEY et al., 2010; NIETO; PEPPARD; YOUNG, 2009; SAWYER et al., 2011).

Em suma, a AOS impacta diretamente à saúde e qualidade de vida das pessoas, sendo considerada um problema de saúde pública que, se não tratado, pode causar inúmeros prejuízos à saúde (DUARTE et al., 2022; LOKE et al., 2012). Assim, avaliar a associação entre qualidade de vida de sujeitos com AOS e morbidades associadas ao distúrbio é cada vez mais reconhecido como componente essencial no manejo da AOS (VOGLER et al., 2023).

Sabe-se que a qualidade de vida não inclui apenas aspectos relacionados à saúde, como bem-estar espiritual, físico, funcional, emocional e mental, mas também aspectos sociais e cotidianos importantes da vida das pessoas como trabalho, família e amigos (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Nesse sentido, um dos conceitos mais aceitos de

qualidade de vida é o conceito preconizado pela OMS: “percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de conceito abrangente que considera a saúde física e mental, o nível de independência, as relações sociais e ambientais do indivíduo (THE WHOQOL GROUP, 1995).

2.1.2.1 Avaliação da qualidade de vida

O questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100) foi desenvolvido em 1994, pela OMS como um instrumento de avaliação da qualidade de vida, com enfoque transcultural. Posteriormente, em 1998, dado a necessidade de um questionário que pudesse ser utilizado em extensos estudos epidemiológicos que necessitassem de uma breve avaliação de qualidade de vida, a OMS desenvolveu uma versão abreviada, com 26 questões, denominada WHOQOL-Bref (FLECK, 2000; PEDROSO et al., 2015).

Assim como o WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref é uma ferramenta válida e confiável para avaliar qualidade de vida. Possui quatro domínios relacionados à qualidade de vida: saúde física, psicológica, relações sociais e ambiente, além de incluir uma faceta geral de qualidade de vida e saúde geral (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O domínio físico envolve aspectos sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade para o trabalho. O domínio psicológico aborda sentimentos positivos e negativos, pensar e aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio relações sociais abrangem relações pessoais, suporte social e atividade sexual. O domínio meio ambiente compreende aspectos de segurança física e proteção, ambiente do lar, os recursos financeiros, a disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, as oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação/lazer, o ambiente físico e o transporte (TEIXEIRA et al., 2021).

Por fim, em 2006, foi desenvolvido o WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*), fundamentado na perspectiva de que os aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais são centrais na qualidade de vida das pessoas, importantes para a construção de sentido e significado à vida e contribuintes para lidar com os sofrimentos humanos (PANZINI et al., 2011; PEDROSO et al., 2015). Trata-se de uma ampliação do construto de espiritualidade inicialmente abordado

pelos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref, cuja representação da espiritualidade era de forma simplificada (FLECK; SKEVINGTON, 2007).

Nessa perspectiva, o WHOQOL-SRPB é um questionário que visa avaliar qualidade de vida relacionada aos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais, por meio de oito facetas: conexão espiritual, significado e propósito de vida, experiências de admiração, plenitude e integração, força espiritual, paz interior, esperança e otimismo e fé (FLECK; SKEVINGTON, 2007; PANZINI et al., 2011).

2.2 Religião/espiritualidade, bem-estar espiritual e saúde

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou a definição do conceito de saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, p. 4, 1999). Com isso, declarou que a espiritualidade representa uma das dimensões da qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

Em adendo, destaca-se que espiritualidade difere de religiosidade. A religiosidade é uma expressão mais formal, institucional e externa da relação do sujeito com o sagrado sendo tipicamente operacionalizada como práticas e crenças associada a uma determinada visão de mundo e comunidade religiosa. Por outro lado, a espiritualidade é conceituada como a busca da conexão pessoal e sentido na vida, com realidades transcendentais e de interconectividade, que pode ser vivenciada dentro e/ou fora de um contexto religioso específico (KOENIG, 2012).

A espiritualidade pode ser considerada como um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, por meio do qual as pessoas buscam significado, propósito e transcendência, além de experimentarem relacionamento consigo mesmo, família, comunidade, sociedade, natureza e com o significativo ou sagrado (BUCK, 2006; CHATRUNG; SORAJJAKOOL; AMNATSATSUE, 2015; DELGADO, 2005). O bem-estar espiritual, por sua vez, corresponde ao sentimento de propósito de vida, paz interior e harmonia proporcionado pela espiritualidade (CHENG et al., 2023).

Várias pesquisas demonstram a importante influência da religiosidade e espiritualidade (R/E) na saúde (DIEGO-CORDERO et al., 2022; MONTEIRO et al., 2020; VILLANI et al., 2019), dado que associados ao bem-estar espiritual podem coordenar as dimensões física, mental e social e criar uma força integrada entre corpo e mente fazendo com que o indivíduo busque sentido da vida no momento das doenças (JAVANMARDIFARD et al., 2020).

O maior uso da religião para lidar com situações estressantes e outras estratégias positivas de enfrentamento religioso tem sido associado a resultados benéficos de saúde mental e física, incluindo taxas mais baixas de depressão (ELLISON et al., 2019; GARBARINO et al., 2016; LANCUNA et al., 2021; PERSE et al., 2021) e hipertensão (GUERRA et al., 2018; NOBRE et al., 2021). Além disso, algumas evidências têm mostrado que a R/E está associada a prevenção de muitos comportamentos nocivos tidos como fatores de risco para Condições Crônicas de Saúde, como uso de tabaco e abuso de álcool (BLAY et al., 2008), especialmente quando relacionada a participação regular de atividade religiosa (STEINMAN; FERKETICH; SAHR, 2008). No que se refere a ocorrência de Condições Crônicas de Saúde, a R/E pode ter efeito salutar na saúde física, também por favorecer uma melhor alimentação (LINARDAKIS et al., 2015).

Desfechos de doenças relacionadas a alimentação podem ser influenciados pela adesão às diretrizes dietéticas e práticas alimentares religiosas. A título de exemplo, religiões que incentivam o consumo de frutas e hortaliças podem ajudar a prevenir mortes associadas a Condições Crônicas de Saúde (TAN; CHAN; REIDPATH, 2014). Além da maior crença e prática de R/E possibilitar mudanças significativas na forma de lidar com a angústia da imagem corporal (JACOBS-PILIPSKI et al., 2005).

A sensação de estar em conexão com um poder superior e, em geral, com a vida representa uma forma eficaz de manter a avaliação positiva de sua própria vivência, apesar das possíveis circunstâncias negativas que se possa encontrar (BOŽEK; NOWAK; BLUKACZ, 2020). Enquanto que as estratégias negativas de enfrentamento religioso ou lutas religiosas (por exemplo, responder a situação estressante sentindo-se abandonado ou punido por Deus ou questionando suas crenças) têm sido associados a redução da saúde física e mental, incluindo piora do estado emocional e mortalidade (HEBERT et al., 2009). De fato, para fornecer cuidados holísticos, a literatura demonstra que o estilo de vida e as experiências religiosas devem ser valorizados como produtores de saúde (LITALIEN; ATARI; OBASI, 2022; MENDENHALL; MCINTOSH; HOTTINGER, 2022).

Nesse contexto, diante da necessidade de promover o cuidado continuado, humanizado e integral, o Ministério da Saúde aprovou, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. A PNPIC segue orientações da OMS, que incluiu a dimensão espiritual no conceito de saúde multidimensional. Para tal, contempla 29 recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, como a acupuntura, ioga, meditação, fitoterapia, homeopatia, ozonoterapia, biodança e outras práticas, além da musicoterapia (BRASIL, 2006; SILVA et al., 2020).

Se tratando da musicoterapia, a oração pode estar relacionada à música, independente da religião (CASTRO, 2015). Isso porque, “a oração liga indivíduos ou grupos entre si e a uma dimensão espiritual e a música pode fazer o mesmo em praticamente qualquer ambiente, incluindo musicoterapia” (POTVIN; ARGUE, p. 123, 2014). Nesse sentido, especialmente quando em ambientes de saúde, a música e o cuidado espiritual, quando combinados, podem tornar-se maior do que as partes de forma independente (MOSS, 2019).

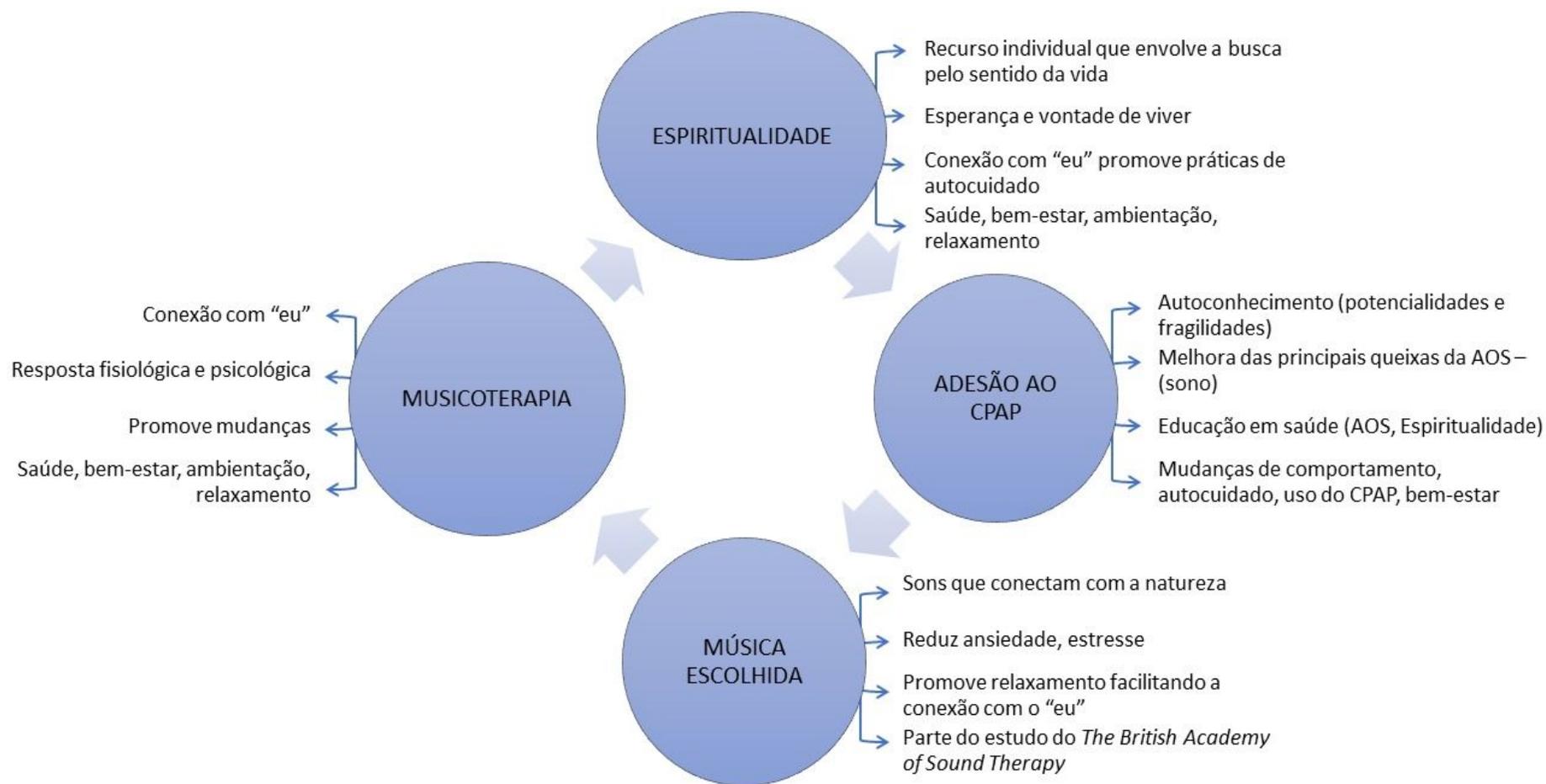
A integração entre música e espiritualidade amplifica e intensifica as experiências espirituais do sujeito e transcende os modos atuais de “ser”, emergindo uma construção de significado experiencial única. A música, durante experiências religiosas tem efeito profundo ao concentrar mente, corpo e emoções (POTVIN; ARGUE, 2014). Nessa perspectiva, a musicoterapia auxilia na promoção da saúde por meio das mudanças promovidas pela utilização das experiências musicais e das relações por elas desencadeadas (BRUSCIA, 1989).

A música (ouvir música, cantar ou tocar um instrumento) além de provocar sentimentos, envolve e motiva as pessoas a se conectarem com si mesmas e com os outros, promovendo o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos (HANSER; MANDEL, 2005; ZANINI et al., 2009). Além disso, há evidências crescentes de que ouvir diferentes tipos de música pode reduzir a frequência cardíaca, pressão arterial e hormônios relacionados ao estresse, assim como proporcionar respostas psicológicas como a diminuição da ansiedade, o aumento do relaxamento e melhor qualidade de vida (CASTRO, 2015; DAYKIN et al., 2018; MCCRARY et al., 2022; WITTE et al., 2020). Desse modo, a utilização da música no contexto dos cuidados de saúde mostra-se promissora como uma intervenção terapêutica complementar capaz de promover conforto, diminuição da dor e melhorar as mudanças comportamentais (IYENDO, 2016; LI et al., 2022).

Em suma, evidências mostram que as Práticas Integrativas e Complementares (PICS) estão relacionadas com melhor qualidade de vida, bem-estar, *coping* e adesão ao tratamento em Condições Crônicas de Saúde (ROCHA; CIOSAK, 2014). Nesse sentido, as PICS podem ser consideradas uma rica fonte de recursos terapêuticos, capazes de diversificar as abordagens utilizadas pelos profissionais, no acolhimento das queixas apresentadas pelos sujeitos (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

A Figura 1 descreve de forma sistematizada a relação entre R/E, musicoterapia e adesão ao CPAP.

Figura 1- Pontos de influência positiva entre musicoterapia, espiritualidade, música escolhida e adesão ao CPAP.



Fonte: Do Autor (2023).

2.2.1 Avaliação da religiosidade

O *Duke Religious Index* (DUREL), questionário desenvolvido por Koenig; Parkerson Jr.; Meador (1997), foi desenvolvido como uma medida de religiosidade abrangente e sucinta para uso em grandes estudos observacionais transversais e longitudinais (KOENIG; BÜSSING, 2010).

Ferramenta amplamente utilizada em estudos internacionais, o questionário DUREL foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Moreira-Almeida et al. (2008). Neste idioma foi validado em distintas populações, como pós-graduandos de cursos da área da saúde (MARTINEZ; ALMEIDA; CARVALHO, 2012), estudantes universitários e pacientes psiquiátricos (TAUNAY et al., 2012) e adultos comunitários de baixa renda (LUCCHETTI et al., 2012).

O DUREL aborda três dimensões de religiosidade, sendo: organizacional (RO), relacionado à frequência aos serviços religiosos; não-organizacional (RNO), a qual determina a frequência de atividades religiosas privadas, como oração, meditação ou estudo bíblico e, por fim, a dimensão religiosidade intrínseca (RI), que avalia se o sujeito utiliza a religião para outras áreas da vida e vivencia a presença do divino permitindo que as crenças religiosas guiem sua abordagem de vida (TAUNAY et al., 2012).

2.2.2 Avaliação do bem-estar espiritual

A escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp 12) foi desenvolvida na década de 1990 como uma medida breve e ampla de bem-estar espiritual, com conteúdo não limitado a qualquer tradição religiosa ou espiritual (BREDLE et al., 2011). Para seu desenvolvimento, pacientes oncológicos, psicoterapeutas e especialistas religiosos/espirituais descreveram aspectos da espiritualidade e/ou fé que contribuíam para a sua qualidade de vida. As respostas enfatizavam harmonia, tranquilidade, senso de força, fé e significado (PETERMAN et al., 2002).

A partir das respostas obtidas, os fatores do questionário foram desenvolvidos. No entanto, o número de subescalas ainda é controverso: duas (Significado/Paz e Fé) ou três (Significado, Paz e Fé) (BREDLE et al., 2011; LUCCHETTI et al., 2015; MURPHY et al., 2010). Considerando a organização das três dimensões Significado, Paz e Fé em duas subescalas Significado/Paz e Fé, pode-se afirmar que a subescala Significado/Paz mede o

sentido de significado, paz e harmonia e propósito na vida e a subescala Fé avalia a associação entre a doença, fé e crenças espirituais (DORTAS JUNIOR et al., 2021).

Trata-se de um dos melhores instrumentos de espiritualidade considerado para avaliar o estado espiritual dos sujeitos e, portanto, um dos instrumentos mais utilizados e validados em pesquisas clínicas (MONOD et al., 2011). O FACIT-Sp12 foi traduzido pela primeira vez para o português pelo *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (BREDLE et al., 2011). Posteriormente, teve suas propriedades psicométricas avaliadas ao ser aplicado em diferentes públicos-alvo, como, por exemplo, pacientes oncológicos em final de vida em Portugal (PEREIRA; SANTOS, 2011), pacientes psiquiátricos brasileiros internados (LUCCHETTI et al., 2015) e adolescentes brasileiros com condições crônicas de saúde (ALVARENGA et al., 2022).

2.3 Guia Alimentar para a População Brasileira e promoção à saúde

Em 2014, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o Guia Alimentar para a População Brasileira, instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional (EAN). Redigido em linguagem acessível, as abordagens e princípios para a alimentação saudável destacam a promoção de hábitos alimentares saudáveis, os quais contemplem aspectos culturais e sociais, bem como questões sensoriais dos alimentos. O Guia Alimentar para a População Brasileira enfatiza não apenas a escolha do alimento e os fatores a ela associados, mas também a forma como o mesmo é consumido – por exemplo, comer sozinho, sentado no sofá e diante da televisão ou compartilhar uma refeição, sentado à mesa com familiares ou amigos (BRASIL, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Isso porque a alimentação possui dimensões para além da biológica e o processo de escolha alimentar pode ser influenciado por múltiplos determinantes que envolvem aspectos fisiológicos, biológicos, experiência alimentar, crenças, valores, habilidades, normas sociais, culturais, relações familiares, de trabalho, além do acesso à informação (DIAS et al., 2020; MICHOPLOU; JAUNIŠKIS, 2020). Os sujeitos vivem inseridos em uma sociedade e, portanto, são produtos e produtores dela, interagem e dependem de sistemas. Nessa perspectiva, a relação entre as práticas alimentares e a promoção da saúde deve respeitar atributos coletivos e individuais (MONTERROSA et al., 2020; ORTIGOZA, 2008).

A abordagem educativa contida no Guia Alimentar para a População Brasileira, propõe dez passos para uma alimentação saudável de modo que as pessoas possam fazer boas escolhas e adquirir mais alimentos naturais ou minimamente processados, ao passo que o

acesso e a aquisição de alimentos ultraprocessados seja reduzido (PRÉCOMA et al., 2019). Em adendo, estes termos referem-se à NOVA classificação dos alimentos, proposta por Monteiro et al. (2010). Os alimentos foram classificados em quatro grupos de acordo com a extensão e o propósito de seu processamento: (1) in natura / minimamente processado: alimentos que não sofreram nenhuma alteração após deixarem a natureza ou foram submetidos a alterações mínimas; (2) ingredientes culinários: produtos extraídos de alimentos in natura, usados para temperar, cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; (3) processados: alimentos fabricados pela indústria essencialmente com a adição de sal, açúcar ou óleo e (4) ultraprocessados: são aqueles alimentos que envolvem diversas técnicas de processamentos e ingredientes que, muitas vezes, são exclusivamente industriais, diretamente ligados à densidade energética da dieta e ao teor de gorduras saturadas, gorduras trans e açúcar livre, e inversamente associado ao teor de fibras e proteínas (BRASIL, 2014; LOUZADA et al., 2015a). Uma lista detalhada de alimentos de cada um dos grupos pode ser encontrada no estudo de Louzada et al. (2015b).

As escolhas e comportamentos alimentares podem ser influenciados por fatores biológicos, psicológicos, econômicos, sociais, culturais, físicos e políticos. Com isso, para inserir ações capazes de promover dietas saudáveis e sustentáveis, o planejamento e a execução de políticas, devem abranger uma análise sociocultural para que a política alimentar esteja plenamente alinhada com a sociedade e a cultura (MONTERROSA et al., 2020).

Desse modo, o Guia Alimentar exerce um grande papel para a promoção, proteção à saúde e a construção de políticas públicas ao realizar o enfoque de práticas alimentares saudáveis e sustentáveis com valorização dos aspectos socioculturais que permeiam as escolhas individuais. Assim, ele pode ser considerado como uma das grandes publicações brasileiras que representam a Educação Alimentar e Nutricional de forma nacional, por promover a saúde e a boa alimentação, combatendo a desnutrição e prevenindo enfermidades em ascensão, como a obesidade, o diabetes e outras doenças crônicas, de forma leve e didática aos leitores (BRASIL, 2014).

3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA COMPLETA DO ESTUDO

3.1 Delineamento

Trata-se de estudo quantitativo, prospectivo e transversal, conduzido entre março e dezembro de 2022, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras e aprovado sob parecer: 5.032.403. O estudo foi realizado com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Lavras - MG, Brasil.

Foram incluídos neste estudo usuários do SUS registrados no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e Ventilação Mecânica (POD) na cidade de Lavras, Minas Gerais. Foram incluídos aqueles sujeitos com AOS moderada à grave e em uso de CPAP há pelo menos três meses. Foram excluídos do estudo aqueles sujeitos com apneia central do sono e distúrbios cognitivos ou psiquiátricos associados à dificuldade de compreender informações sobre os questionários.

Do total de usuários cadastrados no POD e que atendiam aos critérios de inclusão ($n = 80$), 18 sujeitos recusaram participar da pesquisa, restando 62 participantes. Do total de 62 participantes, no primeiro artigo, foram incluídos apenas aqueles sujeitos com estado nutricional classificado como excesso de peso. Assim, na primeira etapa foram incluídos 58 participantes. Na segunda etapa da pesquisa, todos os sujeitos com AOS e em uso de CPAP há pelo menos três meses foram incluídos. Assim participaram da segunda etapa da pesquisa todos os 62 indivíduos. Os participantes concordaram voluntariamente em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Na primeira etapa da pesquisa foram utilizados os dados da linha de base do estudo. Na segunda etapa da pesquisa, o estudo foi simples-cego (do ponto de vista dos participantes). Os participantes que concordaram em participar do estudo foram randomizados para o Grupo Comparativo ou para o Grupo Intervenção Espiritual. Ambos os grupos receberam visitas domiciliares de uma enfermeira para realização das intervenções. Ao todo, foram realizadas 6 sessões de intervenção com cada participante, sendo 3 vezes por semana em dias intercalados, com duração de 2 semanas. As intervenções foram realizadas ao entardecer.

No Grupo Intervenção Espiritual, os participantes ouviram por 10 minutos uma oração com fundo musical instrumental baseada no Salmo 23, o qual foi selecionado por representar, segundo Ribeiro (2019), a manutenção da fé, confiança e esperança diante das adversidades enfrentadas. A musicoterapia foi empregada por influenciar emoções e produzir alterações

fisiológicas (MOFREDJ et al., 2016; PANT et al., 2022). A música instrumental “*Watermark*” by Enya foi selecionada por proporcionar maior relaxamento (BECHTOLD, 2006; CURTIN, 2017). A mesma música foi tocada para todos os sujeitos do Grupo Intervenção Espiritual.

O Grupo Comparativo não realizou a intervenção espiritual, mas ouviu um áudio de duração de 10 minutos, com recomendações sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, baseados nas orientações do Guia Alimentar Brasileiro. A escolha desse áudio foi embasada na tentativa de equiparar o tempo de intervenção entre ambos os grupos e na associação existente entre AOS, excesso de peso e a importância da alimentação saudável para desfechos promissores de saúde (CARNEIRO-BARRERA et al., 2019; EDWARDS et al., 2019).

3.2 Variáveis sociodemográficas, clínicas, religiosas e antropométricas

Para caracterização da amostra as características sociodemográficas obtidas foram idade, sexo, escolaridade e renda (ANEXO A).

A adesão ao CPAP foi categorizada em: (1) boa adesão (adesão superior a quatro horas por noite em 70,0% das noites investigadas) e (2) baixa adesão (adesão inferior a quatro horas por noite em 70,0% das noites) (KRIBBS et al., 1993). A adesão ao tratamento com CPAP foi avaliada por meio das horas de uso diário do aparelho, mensuradas mensalmente, por 3 meses pré-intervenção e pós-intervenção. Este dado foi coletado por meio do telemonitoramento e pela leitura do chip do CPAP por meio do programa AirView™ (ANEXO B).

Diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também foram investigados. Dados sobre religiosidade foram coletados. Por fim, peso e altura autorreferidos foram utilizados para cálculo do IMC, investigado como variável contínua e categorizada [adultos: < 24,9 kg/m² baixo peso / eutrofia, > 25,0 kg/m² excesso de peso; idosos: < 27,0 kg/m² baixo peso / eutrofia; > 27,0 kg/m² excesso de peso] (LIPSCHITZ, 1994; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

3.3 *Three Factor Eating Questionnaire – R21*

O comportamento alimentar foi avaliado por meio do TFEQ-R21 (ANEXO C), instrumento de autorrelato composto por 21 itens cujas opções de resposta são apresentadas em uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, variando entre “totalmente verdade” e

“totalmente falso”. Com exceção para a questão 21 que é uma escala de classificação de 8 pontos e foi pontuada da seguinte maneira: 1–2 = 1; 3–4 = 2; 5–6 = 3; 7–8 = 4.

A pontuação dos três domínios foi obtida por meio da soma dos itens: (1) restrição cognitiva – itens 1, 5, 11, 17, 18 e 21 (com pontuação mínima de 6 pontos e máxima de 24 pontos); (2) alimentação emocional – itens 2, 4, 7, 10, 14, 16 (com pontuação mínima de 6 pontos e máxima de 24 pontos) e (3) descontrole alimentar – itens 3, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 19, 20 (com pontuação mínima de 9 pontos e máxima de 36 pontos). Vale ressaltar que, os itens um (01) a 16 foram recodificados antes de computar os escores dos domínios, pois a pontuação é reversa. Nenhuma recodificação foi necessária para os itens 17 a 20 (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011). O resultado encontrado em cada uma das escalas de comportamento foi transformado em pontuação de zero a 100 (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011).

3.4 *World Health Organization Quality of Life*

Versão previamente validada na população brasileira, do questionário WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life*) foi utilizada no presente estudo para avaliação da qualidade de vida no momento pós-intervenção (FLECK et al., 2000) (ANEXO D).

Trata-se de instrumento elaborado pela OMS, composto por 26 facetas, com opções de respostas apresentadas segundo uma escala de concordância de *Likert* de cinco pontos. As perguntas um (01), a qual avalia a percepção da qualidade de vida e a pergunta número dois que mensura a satisfação com a saúde, apresentam resultados de um (01) a cinco e devem ser interpretadas isoladamente. As demais 24 facetas são utilizadas para cálculo de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Os escores dos domínios foram calculados por meio da multiplicação da média dos itens que compõem cada faceta por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20. Além disso, para possibilitar comparações entre domínios compostos por números desiguais de itens, os escores dos domínios foram transformados em uma escala de 0 a 100. Assim, a pontuação obtida foi subtraída pelo número quatro e posteriormente multiplicada pelo valor resultante da divisão de 100 por 16. As questões três, quatro e 26 possuem pontuação reversa e com isso, tiveram as respostas invertidas antes do cálculo (THE WHOQOL GROUP, 1995, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

3.5 *World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*

O WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) é um questionário composto por 32 itens, que se dividem em oito facetas: conexão espiritual, significado e propósito de vida, experiências de admiração, plenitude e integração, força espiritual, paz interior, esperança e otimismo e fé (ANEXO E). As opções de resposta são apresentadas em escala *Likert* que varia de um (01) a cinco, com um (01) indicando “nada” e cinco indicando “extremamente” (FLECK; SKEVINGTON, 2007; PANZINI et al., 2011).

A pontuação de cada faceta foi obtida por meio da soma das quatro questões pertencentes as facetas supracitadas, seguido de divisão por quatro. Os escores dos domínios foram calculados por meio da soma dos escores das “n” facetas que compõem cada domínio, dividido pelo número de facetas do domínio. O resultado foi multiplicado por quatro, sendo que os escores variam de quatro a 20, com escores mais altos indicando melhor qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais. O escore global foi calculado por meio da média dos domínios (PEDROSO et al., 2011).

3.6 *Duke Religious Index*

O DUREL aborda cinco itens apresentados em uma escala do tipo *Likert* que captam três dimensões de religiosidade, sendo: organizacional (RO), com seis opções de resposta: um (01) = nunca, dois = uma vez por ano ou menos, três = algumas vezes por ano, quatro = duas a três vezes por mês, cinco = uma vez por semana e seis = mais de uma vez por semana; não-organizacional (RNO), avaliada por seis opções de resposta: um (01) = raramente ou nunca, dois = poucas vezes por mês, três = uma vez por semana, quatro = duas ou mais vezes por semana, cinco = diariamente e seis = mais de uma vez por dia; e, por fim, a dimensão religiosidade intrínseca (RI), com cinco opções de resposta: um (01) = não é verdade, dois = em geral não é verdade, três = não estou certo, quatro = em geral é verdade e cinco = totalmente verdade para mim) (TAUNAY et al., 2012) (ANEXO F).

Para calcular o escore do DUREL foi realizada a reversão das pontuações obtidas nos itens que compõe cada uma das três dimensões (RO, RNO e RI), as quais posteriormente foram analisadas separadamente e escores mais altos indicaram maior religiosidade (CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015; TAUNAY et al., 2012). Para a

dimensão RI, os escores foram categorizados: (1) RI baixo, quando escore menor que 10 pontos e (2) RI alto quando escore igual ou maior que 10 pontos (MOSQUEIRO et al., 2021).

3.7 *Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being*

O bem-estar espiritual foi avaliado pela escala *Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp Versão 4), instrumento traduzido e validado para o português com boas propriedades psicométricas (LUCCHETTI et al., 2015) (ANEXO G). É constituído por 12 itens que se referem ao período recordatório de sete dias. As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de concordância de *Likert* de cinco pontos (0 - nem um pouco até 4 - muitíssimo) com dois itens declarados negativamente, os quais devem ser codificados de forma reversa. A pontuação de cada subescala é obtida pela soma dos itens que a compõe, multiplicada pelo número de itens na subescala e, em seguida, dividida pelo número de itens respondidos (PEREIRA; SANTOS, 2011).

Entretanto, a análise quanto ao número dos fatores no questionário ainda é controversa. Enquanto estudos sugerem que o FACIT-Sp avalia dois fatores (Significado/Paz e Fé) devido à forte correlação entre Significado e Paz, outras pesquisas apontam que o modelo de três fatores (Significado, Paz e Fé) provavelmente fornecerá informações mais específicas (BREDLE et al., 2011; LUCCHETTI et al., 2015; MURPHY et al., 2010).

Desse modo, no presente estudo considerou-se apenas a investigação do escore global, o qual é obtido pela soma das pontuações de cada subescala, com pontuação variando entre zero (0) e 48 pontos. Valores mais elevados traduzem melhor bem-estar espiritual (PEREIRA; SANTOS, 2011).

O questionário FACIT-Sp foi aplicado tanto no momento pré quanto no momento pós-intervenção.

3.8 **Análises estatísticas**

Em ambas as etapas da pesquisa, os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0 (*IBM SPSS Statistics for Windows*) para Windows. As variáveis categóricas foram apresentadas como valores percentuais e absolutos. Para verificar se os dados contínuos apresentavam distribuição normal, o teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov foi realizado. De acordo com a distribuição de normalidade, as

variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e intervalos interquartis.

Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Correlação de Spearman, Teste-T de amostras independentes, Qui-quadrado, Teste-T de amostras em pares e McNemar foram realizados. O valor limite de 0,05 foi adotado para determinar o nível de significância dos resultados dos testes estatísticos aplicados.

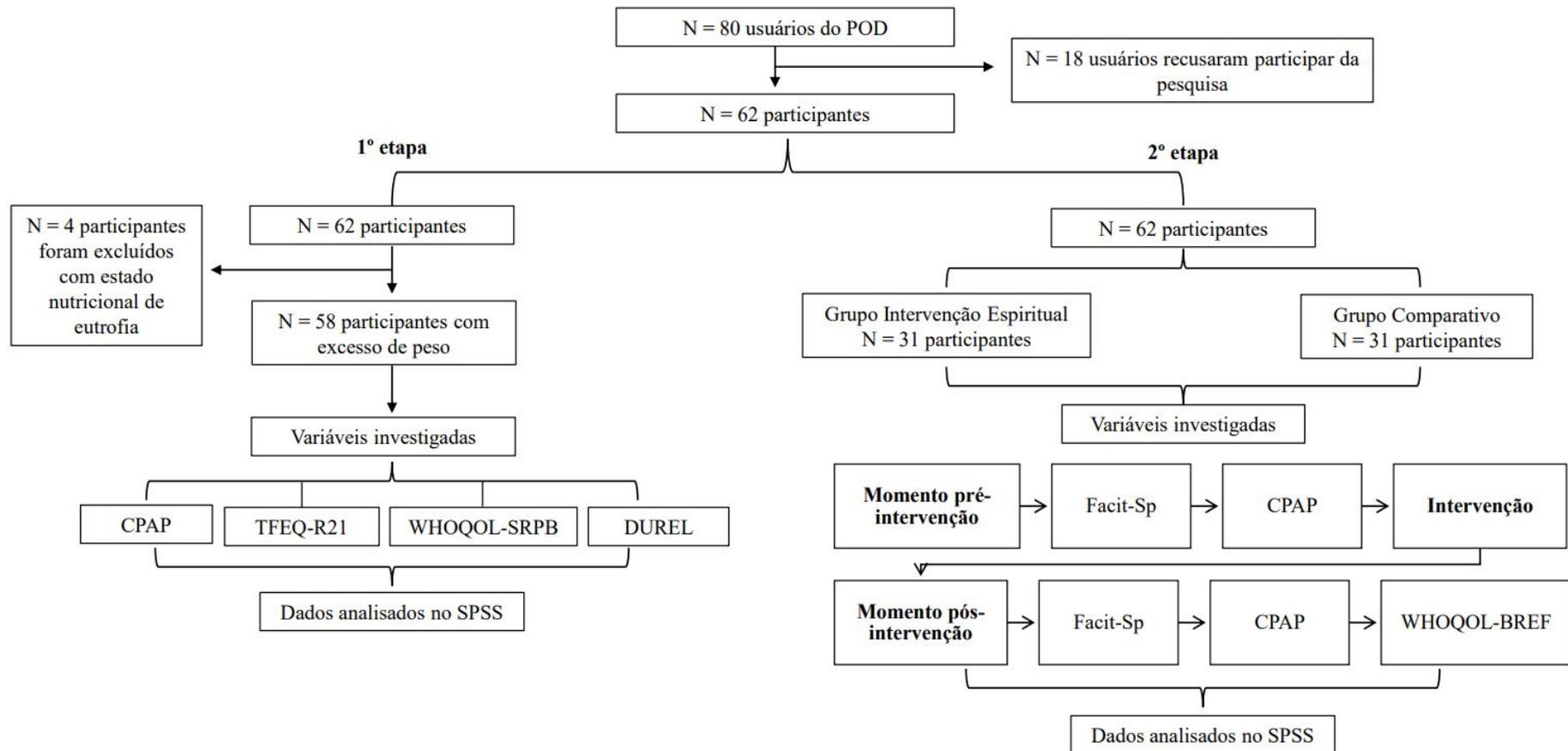
A adesão ao tratamento com CPAP foi avaliada por meio das horas de uso diário do aparelho, mensuradas mensalmente, por 3 meses pré-intervenção e pós-intervenção. Este dado foi coletado por meio do telemonitoramento e pela leitura do chip do CPAP por meio do programa AirView™ (ANEXO B).

A adesão ao tratamento com CPAP foi avaliada por meio das horas de uso diário do aparelho, mensuradas mensalmente, por 3 meses pré-intervenção e pós-intervenção. Este dado foi coletado por meio do telemonitoramento e pela leitura do chip do CPAP por meio do programa AirView™ (ANEXO B).

3.9 Fluxograma das etapas da pesquisa

A Figura 2 ilustra o fluxograma das etapas da pesquisa.

Figura 2 - Fluxograma geral da execução da pesquisa.



Fonte: Do Autor (2023).

REFERÊNCIAS

- ALIBABAEI, Zahra; JAZAYERI, Shima; VAFA, Mohammadreza; FEIZY, Zahra; SAJADI HEZAVEH, Zohreh. The association between dietary patterns and quality and duration of sleep in children and adolescents: A systematic review. **Clinical Nutrition ESPEN**, [S. l.], v. 45, p. 102–110, 2021. DOI: 10.1016/j.clnesp.2021.07.012. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405457721002631>.
- ALOIA, Mark S. et al. Predicting treatment adherence in obstructive sleep apnea using principles of behavior change. **Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine**, v. 1, n. 4, p. 346–353, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17564399/>.
- ALVARENGA, Willyane de Andrade; NASCIMENTO, Lucila Castanheira; REBUSTINI, Flávio; DOS SANTOS, Claudia Benedita; MUEHLAN, Holger; SCHMIDT, Silke; BULLINGER, Monika; LIBERATO, Fernanda Mayrink Gonçalves; VIEIRA, Margarida. Evidence of validity of internal structure of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp-12) in Brazilian adolescents with chronic health conditions. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 13, 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.991771. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.991771/full>.
- BATOOL-ANWAR, Salma; GOODWIN, James L.; KUSHIDA, Clete A.; WALSH, James A.; SIMON, Richard D.; NICHOLS, Deborah A.; QUAN, Stuart F. Impact of continuous positive airway pressure (CPAP) on quality of life in patients with obstructive sleep apnea (OSA). **Journal of Sleep Research**, [S. l.], v. 25, n. 6, p. 731–738, 2016. DOI: 10.1111/jsr.12430. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jsr.12430>.
- BAYON, Virginie; LEGER, Damien; GOMEZ-MERINO, Danielle; VECCHIERINI, Marie-Françoise; CHENNAOUI, Mounir. Sleep debt and obesity. **Annals of Medicine**, [S. l.], v. 46, n. 5, p. 264–272, 2014. DOI: 10.3109/07853890.2014.931103. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/07853890.2014.931103>.
- BEATTY, Caroline J. et al. Dietary intake, eating behavior and physical activity in individuals with and without obstructive sleep apnea. **Sleep and Biological Rhythms**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 85–92, 2021. DOI: 10.1007/s41105-020-00291-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41105-020-00291-9>.
- BECHTOLD, Matthew L. Effect of music on patients undergoing outpatient colonoscopy. **World Journal of Gastroenterology**, [S. l.], v. 12, n. 45, p. 7309–7312, 2006. DOI: 10.3748/wjg.v12.i45.7309. Disponível em: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v12/i45/7309.htm>.
- BENJAFIELD, Adam V. et al. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 7, n. 8, p. 687–698, 2019. DOI: 10.1016/S2213-2600(19)30198-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7007763/>.
- BERRY, R. B. et al. Rules for scoring respiratory events in sleep: Update of the 2007 AASM manual for the scoring of sleep and associated events. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 8, n. 5, p. 597–619, 2012. DOI: 10.5664/jcsm.2172. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459210/>.

BLACKMAN, A. et al. Effect of liraglutide 3.0 mg in individuals with obesity and moderate or severe obstructive sleep apnea: the SCALE Sleep Apnea randomized clinical trial. **International journal of obesity**, v. 40, n. 8, p. 1310-1319, 2016. DOI: 10.1038/ijo.2016.52. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27005405/>.

BLAY, Sergio Luís; BATISTA, Adriana Daher; ANDREOLI, Sergio Baxter; GASTAL, Fábio Leite. The Relationship Between Religiosity and Tobacco, Alcohol Use, and Depression in an Elderly Community Population. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, [S. l.], v. 16, n. 11, p. 934–943, 2008. DOI: 10.1097/JGP.0b013e3181871392. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064748112608549>.

BOŽEK, Agnieszka; NOWAK, Paweł F.; BLUKACZ, Mateusz. The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 2020. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32922340/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 04 de março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2. ed., 1. reimpr., 156p. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 971 - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**; DOU seção 1; 04 de maio de 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 04 de março de 2023.

BRASILEIRO, Thaila Oliveira Zatiti; PRADO, Andressa Anunciação de Oliveira; ASSIS, Bianca Bacelar De; NOGUEIRA, Denismar Alves; LIMA, Rogério Silva; CHAVES, Erika de Cassia Lopes. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: Randomized controlled trial. **Revista da Escola de Enfermagem**, [S. l.], v. 51, p. 1–9, 2017. DOI: 10.1590/S1980-220X2016024603236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016024603236>.

BREDLE, Jason M.; SALSMAN, John M.; DEBB, Scott M.; ARNOLD, Benjamin J.; CELLA, David. Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). **Religions**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 77–94, 2011. DOI: 10.3390/rel2010077. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/2/1/77>.

BROS, Julie et al. Determination of risks of lower adherence to CPAP treatment before their first use by patients. **Journal of Health Psychology**, 2020. DOI: 10.1177/1359105320942862. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32783470/>.

BROSTRÖM, Anders et al. Putative facilitators and barriers for adherence to CPAP treatment in patients with obstructive sleep apnea syndrome: A qualitative content analysis. **Sleep**

Medicine, v. 11, n. 2, p. 126–130, 2010. DOI: 10.1016/j.sleep.2009.04.010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20004615/>.

BRUSCIA, Kenneth E. **Defining music therapy**. Barcelona publishers, 1989.

BUCK, Harleah G. Spirituality: concept analysis and model development. **Holistic nursing practice**, v. 20, n. 6, p. 288-292, 2006. DOI: 10.1097/00004650-200611000-00006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17099417/>.

BUCKINGHAM, Robert.; CORKERON, Jeanette. Diligent and disagreeable? The influence of personality on continuous positive airway pressure (CPAP) adherence for obstructive sleep apnea. **Heliyon**, v. 6, n. 11, 2020. DOI: 10.1016/j.heliyon.2020.e05594. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7708936/>.

CANTZ, Paul. A psychodynamic inquiry into the spiritually evocative potential of music. **International Forum of Psychoanalysis**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 69–81, 2013. DOI: 10.1080/0803706X.2012.657673. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0803706X.2012.657673>.

CARNEIRO-BARRERA, Almudena et al. Effect of an Interdisciplinary Weight Loss and Lifestyle Intervention on Obstructive Sleep Apnea Severity: The INTERAPNEA Randomized Clinical Trial. **JAMA Network Open**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. E228212, 2022. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.8212.

CASSIDY, Siobhán; HARVEY, Leah; SMYTH, Sinéad. Examining the relationship between obstructive sleep apnoea and eating behaviours and attitudes: A systematic review. **Appetite**, [S. l.], v. 181, n. 106390, 2023. DOI: 10.1016/j.appet.2022.106390. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666322004810>.

CASTRO, Cristina Maria de. **Cultura evangélica e “dominação” do Brasil: música, mídia e gênero no caso do Diante do Trono**. Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Sociologia. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/49315?mode=simple>.

CEDERNAES, Jonathan; BRANDELL, Jon; ROS, Olof; BROMAN, Jan-Erik; HOGENKAMP, Pleunie S.; SCHIÖTH, Helgi B.; BENEDICT, Christian. Increased impulsivity in response to food cues after sleep loss in healthy young men. **Obesity**, [S. l.], v. 22, n. 8, p. 1786–1791, 2014. DOI: 10.1002/oby.20786. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20786>.

CHATRUNG, Chutikarn; SORAJJAKOOL, Siroj; AMNATSATSUE, Kwanjai. Wellness and religious coping among Thai individuals living with chronic kidney disease in Southern California. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 6, p. 2198-2211, 2015. DOI: 10.1007/s10943-014-9958-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25300413/>.

CHENG, Qinqin; LU, Wen; DUAN, Yinglong; LI, Juan; XIE, Jianfei; CHEN, Yongyi. Spiritual well-being and its association with hope and meaning in life among gastrointestinal cancer patients: a cross-sectional study. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 31, n. 4, 2023. DOI: 10.1007/s00520-023-07696-5. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00520-023-07696-5>.

CHIRINOS, Julio A. et al. CPAP, weight loss, or both for obstructive sleep apnea. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 24, p. 2265-2275, 2014. DOI: 10.1056/NEJMoa1306187. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24918371/>.

COHEN, Adam B. You can learn a lot about religion from food. **Current Opinion in Psychology**, [S. l.], v. 40, p. 1–5, 2021. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.07.032. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.032>.

COOPER, Christopher B.; NEUFELD, Eric V; DOLEZAL, Brett A.; MARTIN, Jennifer L. Sleep deprivation and obesity in adults: a brief narrative review. **BMJ Open Sport & Exercise Medicine**, [S. l.], v. 4, n. 1, 2018. DOI: 10.1136/bmjsem-2018-000392. Disponível em: <https://bmjopensem.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjsem-2018-000392>.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva; LUCCHETTI, Giancarlo; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Validation of the Portuguese Version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in Clinical and Non-clinical Samples. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 54, n. 2, p. 435–448, 2015. DOI: 10.1007/s10943-013-9803-1. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-013-9803-1>.

CURTIN, Melanie. **Neuroscience says listening to this song reduces anxiety by up to 65 percent**. 2017. Disponível em: <http://www.ifapa.org/publications/documents/2-2-21WeeklyWord.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2023.

DAYKIN, Norma et al. What works for wellbeing? A systematic review of wellbeing outcomes for music and singing in adults. **Perspectives in Public Health**, [S. l.], v. 138, n. 1, p. 39–46, 2018. DOI: 10.1177/1757913917740391. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913917740391>.

DEL CASTILLO, Fides A. Health, spirituality and Covid-19: Themes and insights. **Journal of Public Health**, v. 43, n. 2, p. e254–e255, 7 jun. 2021. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa185. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33044544/>.

DELGADO, Cheryl. A discussion of the concept of spirituality. **Nursing science quarterly**, v. 18, n. 2, p. 157-162, 2005. DOI: 10.1177/0894318405274828. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15802748/>.

DEMPSEY, J. A. et al. Pathophysiology of sleep apnea. **Physiological Reviews**, v. 90, n. 1, p. 47–112, 2010. DOI: 10.1152/00043.2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20086074/>.

DIAS, Fabio Araujo; PEREIRA, Eliane Ramos; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; MEDEIROS, Angelica Yolanda Bueno Bejarano Vale de. Espiritualidade e saúde: uma reflexão crítica sobre a vida simbólica. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, p. e52953113-e52953113, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i5.3113. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3113>.

DIEGO-CORDERO, Rocío; SUÁREZ-REINA, Paola; BADANTA, Bárbara; LUCCHETTI, Giancarlo; VEGA-ESCAÑO, Juan. The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. **Applied Nursing Research**, [S. l.], v. 67, n. January, 2022. DOI: 10.1016/j.apnr.2022.151618.

DOBROSIELSKI, Devon A.; PAPANDREOU, Christopher; PATIL, Susheel P.; SALAS-SALVADÓ, Jordi. Diet and exercise in the management of obstructive sleep apnoea and cardiovascular disease risk. **European Respiratory Review**, [S. l.], v. 26, n. 144, 2017. DOI: 10.1183/16000617.0110-2016. Disponível em: <http://err.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/16000617.0110-2016>.

DORTAS JUNIOR, S. D.; AZIZI, G. G.; MORET, R. N.; BASTOS JUNIOR, R. M.; VALLE, S. O. R. Spiritual well-being and quality of life are impaired in chronic urticaria. **European Annals of Allergy and Clinical Immunology**, [S. l.], v. 53, n. 05, p. 221–227, 2021. DOI: 10.23822/EurAnnACI.1764-1489.189. Disponível em: <http://www.eurannallergyimm.com/cont/journals-articles/1040/volume-spiritual-wellbeing-quality-life-impaired.asp>.

DU, Yan et al. Association Between Eating Habits and Risk of Obstructive Sleep Apnea: A Population-Based Study. **Nature and Science of Sleep**, [S. l.], v. 13, p. 1783–1795, 2021. DOI: 10.2147/NSS.S325494. Disponível em: <https://www.dovepress.com/association-between-eating-habits-and-risk-of-obstructive-sleep-apnea--peer-reviewed-fulltext-article-NSS>.

DUARTE, Ricardo Luiz de Menezes; et al. Brazilian Thoracic Association Consensus on Sleep-disordered Breathing. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 8, n. 48, 2022. DOI: 10.36416/1806-3756/e20220106. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9262434/>.

EDWARDS, Bradley A. et al. Assessing the impact of diet, exercise and the combination of the two as a treatment for OSA: A systematic review and meta-analysis. **Respirology**, [S. l.], v. 24, n. 8, p. 740–751, 2019. DOI: 10.1111/resp.13580. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/resp.13580>.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 33–38, 2000. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=pt&tlng=pt.

ELLISON, Christopher G.; DEANGELIS, Reed T.; HILL, Terrence D.; FROESE, Paul. Sleep Quality and the Stress-Buffering Role of Religious Involvement: A Mediated Moderation Analysis. **Journal for the Scientific Study of Religion**, [S. l.], v. 58, n. 1, p. 251–268, 2019. DOI: 10.1111/jssr.12581. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jssr.12581>.

FLECK, Marcelo P. A.; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saude Publica**, [S. l.], v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000. DOI: 10.1590/s0034-89102000000200012.

FLECK, M. P. D. A.; SKEVINGTON, S. Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB | Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Revista de Psiquiatria Clinica**, [S. l.], v. 34, n. SUPPL. 1, p. 146–149, 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700018.

FRANKLIN, Karl A.; LINDBERG, Eva. Obstructive sleep apnea is a common disorder in the population-A review on the epidemiology of sleep apnea. **Journal of Thoracic Disease**, v. 7,

n. 8, p. 1311–1322, 2015. DOI: 10.3978/j.issn.2072-1439.2015.06.11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26380759/>.

GARBARINO, Sergio; LANTERI, Paola; DURANDO, Paulo; MAGNAVITA, Nicola; SANNITA, Walter G. Co-morbidity, mortality, quality of life and the healthcare/welfare/social costs of disordered sleep: a rapid review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 8, p. 831, 2016. DOI: 10.3390/ijerph13080831. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997517/>.

GOTTLIEB, Daniel J.; PUNJABI, Naresh M. Diagnosis and Management of Obstructive Sleep Apnea. **JAMA**, [S. l.], v. 323, n. 14, p. 1389, 2020. DOI: 10.1001/jama.2020.3514. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764461>.

GUERRA, Grazia Maria et al. Índice de religiosidade e qualidade de vida na busca do melhor controle da pressão arterial. **O Mundo da Saúde**, v. 42, n. 4, p. 932-957, 2018. DOI: 10.15343/0104-7809.20184204932957. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/95#:~:text=O%20objetivo%20deste%20estudo%20foi%20verificar%20a%20associa%C3%A7%C3%A3o,80%29%20e%20qualidade%20de%20vida%20em%20pacientes%20hipertensos>.

HANSER, Suzanne B.; MANDEL, Susan E. The effects of music therapy in cardiac healthcare. **Cardiology in review**, v. 13, n. 1, p. 18-23, 2005. DOI: 10.1097/01.crd.0000126085.76415.d7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15596023/>.

HEBERT, Randy; ZDANIUK, Bozena; SCHULZ, Richard; SCHEIER, Michael. Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. **Journal of palliative medicine**, v. 12, n. 6, p. 537-545, 2009. DOI: 10.1089/jpm.2008.0250. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19508140/>.

HOOD, Megan M.; CORSICA, Joyce; CVENGROS, Jamie; WYATT, James. Impact of a brief dietary self-monitoring intervention on weight change and CPAP adherence in patients with obstructive sleep apnea. **Journal of Psychosomatic Research**, [S. l.], v. 74, n. 2, p. 170–174, 2013. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.006. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002239991200339X>.

HUDGEL, David W. et al. The Role of Weight Management in the Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [S. l.], v. 198, n. 6, p. e70–e87, 2018. DOI: 10.1164/rccm.201807-1326ST. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.201807-1326ST>.

IYENDO, Timothy Onosahwo. Exploring the effect of sound and music on health in hospital settings: A narrative review. **International Journal of Nursing Studies**, [S. l.], v. 63, p. 82–100, 2016. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.008. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748916301237>.

JACOBS-PILIPSKI, M. Joy; WINZELBERG, Andrew; WILFLEY, Denise E.; BRYSON, Susan W.; TAYLOR, C. Barr. Spirituality among young women at risk for eating disorders. **Eating Behaviors**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 293–300, 2005. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2005.03.003. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471015305000139>.

JAVANMARDIFARD, Sorur; HEIDARI, Shiva; SANJARI, Mahnaz; YAZDANMEHR, Mohammad; SHIRAZI, Fatemeh. The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 941–950, 2020. DOI: 10.1007/s40200-020-00586-1. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s40200-020-00586-1>.

JEHAN, Shazia; ZIZI, Ferdinand; PANDI-PERUMAL, Seithikurippu R.; WAL, Steven; AUGUSTE, Evan; MYERS, Alyson K.; JEAN-LOUIS, Girardin; MCFARLANE, Samy I. Obstructive sleep apnea and obesity: implications for public health. **Sleep Medicine and Disorders: International Journal**, [S. l.], v. 1, n. 4, p. 1–15, 2017. DOI: 10.15406/smdij.2017.01.00019.

KARLSSON, J.; PERSSON, L. O.; SJÖSTRÖM, L.; SULLIVAN, M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. **International Journal of Obesity**, [S. l.], v. 24, n. 12, p. 1715–1725, 2000. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801442. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/0801442>.

KAPUR, Vishesh K.; AUCKLEY, Dennis H.; CHOWDHURI, Susmita; KUHLMANN, David C.; MEHRA, Reena; RAMAR, Kannan; HARROD, Christopher G. Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 479–504, 2017. DOI: 10.5664/jcsm.6506. Disponível em: <http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.6506>.

KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **ISRN Psychiatry**, v. 2012, p. 1–33, 16 dez. 2012. DOI: 10.5402/2012/278730. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23762764/>.

KOENIG, Harold G.; BÜSSING, Arndt. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. **Religions**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 78–85, 2010. DOI: 10.3390/rel1010078. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/78>.

KOENIG, Harold; PARKERSON JR., George R.; MEADOR, Keith G. Religion index for psychiatric research. **American Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 154, n. 6, p. 885b – 886, 1997. DOI: 10.1176/ajp.154.6.885b. Disponível em: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.154.6.885b>.

KRIBBS, N. B. et al. Objective measurement of patterns of nasal CPAP use by patients with obstructive sleep apnea. **American Review of Respiratory Disease**, [S. l.], v. 147, n. 4, p. 887–895, 1993. DOI: 10.1164/ajrccm/147.4.887.

LABARCA, Gonzalo; DREYSE, Jorge; DRAKE, Lauren; JORQUERA, Jorge; BARBÉ, Ferran. Efficacy of continuous positive airway pressure (CPAP) in the prevention of cardiovascular events in patients with obstructive sleep apnea: Systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, v. 52, 2020. DOI: 10.1016/j.smrv.2020.101312. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1087079220300551>.

LABARCA, Gonzalo; SCHMIDT, Alexia; DREYSE, Jorge; JORQUERA, Jorge; BARBÉ, Ferran. Telemedicine interventions for CPAP adherence in obstructive sleep apnea patients: Systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, v. 60, 2021. DOI: 10.1016/j.smrv.2021.101543. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34537668/>.

LACASSE, Y.; GODBOUT, C.; SERIES, F. Health-related quality of life in obstructive sleep apnoea. **European Respiratory Journal**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 499–503, 2002. DOI: 10.1183/09031936.02.00216902. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/cgi/doi/10.1183/09031936.02.00216902>.

LANCUNA, Alex Cezar et al. Religiosidade e Espiritualidade no Enfrentamento da Ansiedade, Estresse e Depressão. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 5441-5453, 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n2-116. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/26330>.

LEE, Mee-Ri; JUNG, Sung Min. Obstructive sleep apnea related to mental health, health-related quality of life and multimorbidity: A nationwide survey of a representative sample in Republic of Korea. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 18, n. 6, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0287182. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0287182>.

LEPPÄNEN, Timo; KULKAS, Antti; MERVAALA, Esa; TÖYRÄS, Juha. Increase in Body Mass Index Decreases Duration of Apneas and Hypopneas in Obstructive Sleep Apnea. **Respiratory Care**, [S. l.], v. 64, n. 1, p. 77–84, 2019. DOI: 10.4187/respcare.06297. Disponível em: <http://rc.rcjournal.com/lookup/doi/10.4187/respcare.06297>.

LI, Dan; YAO, Yunhua; CHEN, Jia; XIONG, Gang. The effect of music therapy on the anxiety, depression and sleep quality in intensive care unit patients: A protocol for systematic review and meta-analysis. **Medicine (United States)**, [S. l.], v. 101, n. 8, p. E28846, 2022. DOI: 10.1097/MD.00000000000028846.

LINARDAKIS, M.; PAPADAKI, A.; SMPOKOS, E.; SARRI, K.; VOZIKAKI, M.; PHILALITHIS, A. Are religiosity and prayer use related with multiple behavioural risk factors for chronic diseases in European adults aged 50+ years? **Public Health**, [S. l.], v. 129, n. 5, p. 436–443, 2015. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.02.006. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033350615000554>.

LIPSCHITZ, DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 55–67, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/>.

LITALIEN, Manuel; ATARI, Dominic Odwa; OBASI, Ikemdinachi. The influence of religiosity and spirituality on health in Canada: A systematic literature review. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 1, p. 373-414, 2022. DOI: 10.1007/s10943-020-01148-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33409859/>.

LOKE, Yoon K. et al. Association of obstructive sleep apnea with risk of serious cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 5, n. 5, p. 720–728, 2012. DOI: 10.1161/CIRCO.111.964783. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22828826/>.

LOUZADA, Maria Laura da Costa; MARTINS, Ana Paula Bortoletto; CANELLA, Daniela Silva; BARALDI, Larissa Galastri; LEVY, Renata Bertazzi; CLARO, Rafael Moreira; MOUBARAC, Jean-Claude; CANNON, Geoffrey; MONTEIRO, Carlos Augusto. Impact of ultra-processed foods on micronutrient content in the Brazilian diet. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 49, p. 1–8, 2015. a. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049006211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100238&lng=en&tlng=en.

LOUZADA, Maria Laura da Costa; MARTINS, Ana Paula Bortoletto; CANELLA, Daniela Silva; BARALDI, Larissa Galastri; LEVY, Renata Bertazzi; CLARO, Rafael Moreira; MOUBARAC, Jean-Claude; CANNON, Geoffrey; MONTEIRO, Carlos Augusto. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 49, n. 38, 2015. b. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049006132. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100227&lng=en&tlng=en.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO LUCCHETTI, Alessandra Lamas; PERES, Mario F.; LEÃO, Frederico C.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 579–586, 2012. DOI: 10.1007/s10943-010-9429-5. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-010-9429-5>.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; DE BERNARDIN GONÇALVES, Juliane Piasseschi; VALLADA, Homero P. Validation of the Portuguese Version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp 12) Among Brazilian Psychiatric Inpatients. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 54, n. 1, p. 112–121, 2015. DOI: 10.1007/s10943-013-9785-z.

LV, Renjun; ZHAO, Yan; WANG, Zhou; LIU, Xueying; WANG, Zhe; LI, Shangbin; YU, Qin; YUE, Hongmei; YIN, Qingqing. Obstructive sleep apnea hypopnea syndrome in ancient traditional Chinese medicine. **Sleep and Breathing**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 1597–1610, 2023. DOI: 10.1007/s11325-022-02708-w. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s11325-022-02708-w>.

MARTINEZ, Edson Zangiacomi; ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte De. Propriedades da Escala de Religiosidade de Duke em uma amostra de pós-graduandos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S. l.], v. 39, n. 5, p. 180–180, 2012. DOI: 10.1590/S0101-60832012000500007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000500007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

MCCRARY, J. Matt; ALTENMÜLLER, Eckart; KRETSCHMER, Clara; SCHOLZ, Daniel S. Association of Music Interventions With Health-Related Quality of Life. **JAMA Network Open**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. e223236, 2022. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.3236. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2790186>.

MENDENHALL, Tai J.; MCINTOSH, Doneila; HOTTINGER, David. Walking-the-Walk: Attending to the “Spiritual” in Medical Family Therapy’s Biopsychosocial/Spiritual Care. **Contemporary Family Therapy**, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 44–54, 2022. DOI: 10.1007/s10591-021-09619-0. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s10591-021-09619-0>.

MERATH, Katiusha; PALMER KELLY, Elizabeth; HYER, J. Madison; MEHTA, Rittal; AGNE, Julia L.; DEANS, Katherine; FISCHER, Beth A.; PAWLIK, Timothy M. Patient Perceptions About the Role of Religion and Spirituality During Cancer Care. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 59, n. 4, p. 1933–1945, 2020. DOI: 10.1007/s10943-019-00907-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00907-6>.

MICHOPOULOU, Eleni; JAUNIŠKIS, Pijus. Exploring the relationship between food and spirituality: A literature review. **International Journal of Hospitality Management**, [S. l.],

v. 87, n. 102494, 2020. DOI: 10.1016/j.ijhm.2020.102494. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278431920300463>.

MINASSIAN, Arpi; DORAN, Neal M. Integrating Motivational Interviewing into Pulmonary Healthcare. In: **Enhancing Patient Engagement in Pulmonary Healthcare**. [s.l.] Humana, p. 79–103, 2020. DOI: 10.1007/978-3-030-44889-9_6. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-44889-9_6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Eu quero me alimentar melhor. por que comer em companhia faz bem?** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/noticias/2021/por-que-comer-a-mesa-faz-bem>. Acesso em 25 abr. 2022.

MITRA, Amal K.; BHUIYAN, Azad R.; JONES, Elizabeth A. Association and Risk Factors for Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Diseases: A Systematic Review. **Diseases**, v. 9, n. 4, p. 88, 2021. DOI: 10.3390/diseases9040088. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/diseases9040088>.

MOFREDJ, A.; ALAYA, S.; TASSAIOUST, K.; BAHLOUL, H.; MRABET, A. Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. **Journal of Critical Care**, [S. l.], v. 35, p. 195–199, 2016. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.05.021. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944116300934>.

MOHAJAN, Devajit; MOHAJAN, Haradhan Kumar. Obesity and Its Related Diseases: A New Escalating Alarming in Global Health. **Journal of Innovations in Medical Research**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 12–23, 2023. DOI: 10.56397/jimr/2023.03.04.

MONOD, Stéfanie; BRENNAN, Mark; ROCHAT, Etienne; MARTIN, Estelle; ROCHAT, Stéphane; BÜLA, Christophe J. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 26, n. 11, p. 1345–1357, 2011. DOI: 10.1007/s11606-011-1769-7. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-011-1769-7>.

MONTEIRO, Carlos Augusto; LEVY, Renata Bertazzi; CLARO, Rafael Moreira; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro De; CANNON, Geoffrey. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 11, p. 2039–2049, 2010. DOI: 10.1590/S0102-311X2010001100005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001100005&lng=en&tlng=en.

MONTEIRO, Daiane Daitx; REICHOW, Jeverson Rogério Costa; SAIS, Helenice de Freitas; FERNANDES, Fernanda de Sousa. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 98, p. 129-139, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014.

MONTERROSA, Eva C.; FRONGILLO, Edward A.; DREWNOWSKI, Adam; DE PEE, Saskia; VANDEVIJVERE, Stefanie. Sociocultural Influences on Food Choices and Implications for Sustainable Healthy Diets. **Food and Nutrition Bulletin**, [S. l.], v. 41, n. 2_suppl, p. 59S-73S, 2020. DOI: 10.1177/0379572120975874. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0379572120975874>.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PERES, Mário F.; ALOE, Flávio; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 31–32, 2008. DOI: 10.1590/S0101-60832008000100006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

MOSQUEIRO, Bruno Paz; CALDIERARO, Marco Antônio; MESSINGER, Mateus; DA COSTA, Felipe Bauer Pinto; PETEET, John R.; FLECK, Marcelo P. Religiosity, spirituality, suicide risk and remission of depressive symptoms: a 6-month prospective study of tertiary care Brazilian patients. **Journal of Affective Disorders**, [S. l.], v. 279, n. May 2020, p. 434–442, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2020.10.028. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.028>.

MOSS, Hilary. Music therapy, spirituality and transcendence. **Nordic Journal of Music Therapy**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 212–223, 2019. DOI: 10.1080/08098131.2018.1533573. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08098131.2018.1533573>.

MOURA, Walter Leal de et al. Prevalência do risco da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono na população adulta de uma capital brasileira. **Revista Da Faculdade De Odontologia-UPF**, v. 22, n. 3, 2017. DOI: 10.5335/rfo.v22i3.7390. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904981/7390.pdf>.

MURPHY, Patricia E.; CANADA, Andrea L.; FITCHETT, George; STEIN, Kevin; PORTIER, Kenneth; CRAMMER, Corinne; PETERMAN, Amy H. An examination of the 3-factor model and structural invariance across racial/ethnic groups for the FACIT-Sp: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-II (SCS-II). **Psycho-Oncology**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 264–272, 2010. DOI: 10.1002/pon.1559. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1559>.

NATACCI, Lara Cristiane; FERREIRA JÚNIOR, Mario. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 383–394, 2011. DOI: 10.1590/S1415-52732011000300002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000300002&lng=pt&tlng=pt.

NIETO, F. Javier.; PEPPARD, PAUL E.; YOUNG, Terry B. Sleep disordered breathing and metabolic syndrome. **WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin**, [S. l.], v. 108, n. 5, p. 263–265, 2009.

NOBRE, Fernando et al. Posicionamento sobre Hipertensão Arterial e Espiritualidade—2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 3, p. 599-613, 2021. DOI: 10.36660/abc.20210723. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/w7PswtLHtcrnW65Bzyv7kQ/#>.

O'BRIEN, Kylie; RIED, Karin; BINJEMAIN, Taufiq; SALI, Avni. Integrative Approaches to the Treatment of Cancer. **Cancers**, [S. l.], v. 14, n. 23, p. 5933, 2022. DOI: 10.3390/cancers14235933. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/14/23/5933>.

OJO, OT; AJIBARE, AO; DADA, AO; MORONKOLA, R.; ODEYEMI, A.; FAPOHUNDA, T.; ODE, O. Quality of Life of Patients with Obstructive Sleep Apnea on CPAP Treatment in South West Nigeria: A Preliminary Report. **Orient Journal of Medicine**, [S. l.], v. 35, n. 1–2, p. 21–27, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.7140881.

ORTIGOZA, Silvia Aparecida Guarnieri. Alimentação e saúde: as novas relações espaço-tempo e suas implicações nos hábitos de consumo de alimentos. **RA'E GA - O Espaço Geográfico em Análise**, [S. l.], v. 12, n. 5, p. 81–91, 2008.

PANT, Usha; FRISHKOPF, Michael; PARK, Tanya; NORRIS, Colleen M.; PAPATHANASSOGLU, Elizabeth. A Neurobiological Framework for the Therapeutic Potential of Music and Sound Interventions for Post-Traumatic Stress Symptoms in Critical Illness Survivors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 5, p. 3113, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19053113. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/5/3113>.

PANZINI, Raquel Gehrke; MAGANHA, Camila; DA ROCHA, Neusa Sica; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo P. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Revista de Saude Publica**, [S. l.], v. 45, n. 1, p. 153–165, 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100009.

PEDROSO, Bruno; GUTIERREZ, Gustavo Luis; DE FREITAS JÚNIOR, Miguel Archanjo; PICININ, Claudia Tania. WHOQOL-SRPB-BREF, WHOQOL-OLD-BREF e WHOQOL-AGE: Análise das novas versões abreviadas dos instrumentos WHOQOL. **Espacios**, [S. l.], v. 36, n. 19, p. 15, 2015.

PEDROSO, Bruno; PILATTI, Luiz Alberto; GUTIERREZ, Gustavo Luis; SANTOS, Celso Bilynkievycz Dos; PICININ, Claudia Tania. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. **Conexões**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 130–156, 2011. DOI: 10.20396/conex.v9i1.8637717. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637717>.

PENNINGS, Nicholas; GOLDEN, Leslie; YASHI, Kanica; TONDT, Justin; BAYS, Harold Edward. Sleep-disordered breathing, sleep apnea, and other obesity-related sleep disorders: An Obesity Medicine Association (OMA) Clinical Practice Statement (CPS) 2022. **Obesity Pillars**, [S. l.], v. 4, 2022. DOI: 10.1016/j.obpill.2022.100043. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667368122000341>.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei Dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 241–250, 2012. DOI: 10.1590/S1807-55092012000200007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=pt&tlng=pt.

PEREIRA, Filomena; SANTOS, Célia. Adaptação cultural da Functional Assessment for Chronic Illness Therapy-spiritual well being. **Cadernos de Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 37–45, 2011.

PERSE, Aline Menegazzo; FERREIRA, Andresa dos Santos; MUNIZ, Eduardo Daflon Vinhosa; PEREIRA, Patrícia Alvarenga Gonçalves Gomes; RIOS, Nathalia Fernanda da Silva Azevedo. A Espiritualidade e seu impacto na saúde. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 16, n. 2, p. 107-111, 2021. DOI: 10.29184/1980-7813.rcfmc.343.vol.16.n2.2021. Disponível em: <https://revista.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/343>.

PETERMAN, Amy H.; FITCHETT, George; BRADY, Marianne J.; HERNANDEZ, Lesbia; CELLA, David. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp). **Annals of**

Behavioral Medicine, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 49–58, 2002. DOI: 10.1207/S15324796ABM2401_06. Disponível em: <https://academic.oup.com/abm/article/24/1/49-58/4631552>.

PINTO, Venessa L.; SHARMA, S. Continuous Positive Airway Pressure. In: **StatPearls [Internet]**, Treasure Island, 2021. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489216>. Acesso em: 08 out. 2021.

POTVIN, N.; ARGUE, J. Theoretical Considerations of Spirit and Spirituality in Music Therapy. **Music Therapy Perspectives**, [S. l.], v. 32, n. 2, p. 118–128, 2014. DOI: 10.1093/mtp/miu022. Disponível em: <https://academic.oup.com/mtp/article-lookup/doi/10.1093/mtp/miu022>.

PRÉCOMA, Dalton Bertolim et al. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019. DOI: 10.5935/abc.20190204. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/atualizacao-da-diretriz-de-prevencao-cardiovascular-da-sociedadebrasileira-de-cardiologia-2019/>.

QUEIROZ, Fabiana Lopes Nalon de; RAPOSO, António; HAN, Heesup; NADER, Martín; ARIZA-MONTES, Antonio; ZANDONADI, Renata Puppín. Eating Competence, Food Consumption and Health Outcomes: An Overview. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 19, n. 8, p. 4484, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19084484. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/8/4484>.

RAPELLI, G. et al. Improving CPAP Adherence in Adults With Obstructive Sleep Apnea Syndrome: A Scoping Review of Motivational Interventions. **Frontiers in Psychology**, v. 12, august, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.705364. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34475840/>.

REID, Michelle et al. Association between diet quality and sleep apnea in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Sleep**, [S. l.], v. 42, n. 1, 2019. DOI: 10.1093/sleep/zsy194. Disponível em: <https://academic.oup.com/sleep/article/doi/10.1093/sleep/zsy194/5140137>.

REZAIE, Leeba; PHILLIPS, David; KHAZAIE, Habibolah. Barriers to acceptance and adherence to continuous positive airway pressure therapy in patients with obstructive sleep apnea: a report from Kermanshah province, western Iran. **Patient preference and adherence**, p. 1299-1304, 2018. DOI: 10.2147/PPA.S165905. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30050292/>.

RIACHY, Moussa; NAJEM, Samer; ISKANDAR, Mirella; CHOUCAIR, Jad; IBRAHIM, Ihab; JUVELIKIAN, Georges. Factors predicting CPAP adherence in obstructive sleep apnea syndrome. **Sleep and Breathing**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 295–302, 2017. DOI: 10.1007/s11325-016-1408-y. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11325-016-1408-y>.

RIBEIRO, Osvaldo Luiz. A mesa do rei—um estudo para a tradução e a interpretação do salmo 23. **Estudos de religião**, v. 33, n. 1, p. 59-81, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7433567>.

RICHARDS, Amy Lee; SPECKER, Bonny. Evaluating hours of sleep and perceived stress on dietary cognitive restraint in a survey of college students. **Journal of American College Health**, [S. l.], v. 68, n. 8, p. 824–831, 2020. DOI: 10.1080/07448481.2019.1618312. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07448481.2019.1618312>.

ROCHA, Ana Carolina Albiero Leandro da; CIOSAK, Suely Itsuko. Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and Coping. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 87–93, dez. 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25830741/>.

SALLES, Léia Fortes; HOMO, Rafael Fernandes Bel; SILVA, Maria Júlia Paes da. Situação do ensino das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35140/0>.

SANTOS, Lèlita. The impact of nutrition and lifestyle modification on health. *European Journal of Internal Medicine*, [S. l.], v. 97, p. 18–25, 2022. DOI: 10.1016/j.ejim.2021.09.020. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0953620521003290>.

SAVEL, Richard H.; MUNRO, Cindy L. THE IMPORTANCE OF SPIRITUALITY IN PATIENT-CENTERED CARE. **AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 276–278, 2014. Disponível em: <https://doi-org.ez26.periodicos.capes.gov.br/10.4037/ajcc2014328>.

SAWYER Amy M. et al. A systematic review of CPAP adherence across age groups: clinical and empiric insights for developing CPAP adherence intervention. **Sleep Med Rev.**, v. 15, p. 343 - 356, 2011. DOI: 10.1016/j.smrv.2011.01.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21652236/>.

SENARATNA, Chamara V.; PERRET, Jennifer L.; LODGE, Caroline J.; LOWE, Adrian J.; CAMPBELL, Brittany E.; MATHESON, Melanie C.; HAMILTON, Garun S.; DHARMAGE, Shyamali C. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. **Sleep Medicine Reviews**, [S. l.], v. 34, p. 70–81, 2017. DOI: 10.1016/j.smrv.2016.07.002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2016.07.002>.

SHECHTER, Ari. Obstructive sleep apnea and energy balance regulation: A systematic review. **Sleep Medicine Reviews**, [S. l.], v. 34, p. 59–69, 2017. DOI: 10.1016/j.smrv.2016.07.001. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1087079216300636>.

SILVA, Gisléa Kândida Ferreira da; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de; CABRAL, Maria Eduarda Guerra da Silva; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. National policy on integrative and complementary practices: Trajectory and challenges in 30 years of SUS. **Physis**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 1–25, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300110.

SPICUZZA, Lucia; CARUSO, Daniela; DI MARIA, Giuseppe. Obstructive sleep apnoea syndrome and its management. **Therapeutic Advances in Chronic Disease**, v. 6, n. 5, p. 273–285, 2015. DOI: 10.1177/2040622315590318. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4549693/>.

SPÖRNDLY-NEES, Søren; IGELSTRÖM, Helena; LINDBERG, Eva; MARTIN, Cathrin; ÅSENLÖF, Pernilla. Facilitators and barriers for eating behaviour changes in obstructive sleep apnoea and obesity – a qualitative content analysis. **Disability and Rehabilitation**, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 74–81, 2014. DOI: 10.3109/09638288.2013.782354. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2013.782354>.

STEINMAN, Kenneth J.; FERKETICH, Amy K.; SAHR, Timothy. The Dose-Response Relationship of Adolescent Religious Activity and Substance Use: Variation Across

Demographic Groups. **Health Education & Behavior**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 22–43, 2008. DOI: 10.1177/1090198105284839. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1090198105284839>.

STUNKARD, Albert J.; MESSICK, Samuel. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. **Journal of Psychosomatic Research**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 71–83, 1985. DOI: 10.1016/0022-3999(85)90010-8. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0022399985900108>.

TAN, Min-Min; CHAN, Carina; REIDPATH, Daniel. Faith, Food and Fettle: Is Individual and Neighborhood Religiosity/Spirituality Associated with a Better Diet? **Religions**, [S. l.], v. 5, n. 3, p. 801–813, 2014. DOI: 10.3390/rel5030801. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/5/3/801>.

TAUNAY, Tauily Claussen D’Escragnolle; GONDIM, Francisco de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S. l.], v. 39, n. 4, p. 130–135, 2012. DOI: 10.1590/S0101-60832012000400003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

TEIXEIRA, Cinthia Nara Gadelha; RODRIGUES, Maria Imaculada De Queiroz; SILVA, Paulo Goberlânio De Barros; BARROS, Myrna Maria Arcanjo Frota; ALVES, Cláudia Maria Coêlho; ALMEIDA, Maria Eneide Leitão De. Qualidade de vida de estudantes de pós-graduação em Odontologia: uma análise por meio dos domínios do WHOQOL-bref. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 21, n. 1, 2021. DOI: 10.30979/rev.abeno.v21i1.1110. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1110>.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. **Saúde em debate**, v. 42, p. 174-188, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S112. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SY9PZWpk4h9tmQkymtvV87S/?format=pdf>.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-K. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/027795369500112K>.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998. DOI: 10.1017/S0033291798006667. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>.

THOLIN, Sanna; RASMUSSEN, Finn; TYNELIUS, Per; KARLSSON, Jan. Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. **The American Journal of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 81, n. 3, p. 564–569, 2005. DOI: 10.1093/ajcn/81.3.564. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002916523275838>.

TUFIK, Sergio; SANTOS-SILVA, Rogerio; TADDEI, Jose Augusto; BITTENCOURT, Lia Rita Azeredo. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. **Sleep Medicine**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. 441–446, 2010. DOI:

10.1016/j.sleep.2009.10.005. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945710000948>.

VANEK, Jakub et al. Obstructive sleep apnea, depression and cognitive impairment. **Sleep Medicine**, v. 72, p. 50-58, 2020. DOI: 10.1016/j.sleep.2020.03.017. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32544796/>.

VILLANI, Daniela; SORGENTE, Angela; IANNELLO, Paola; ANTONIETTI, Alessandro. The role of spirituality and religiosity in subjective well-being of individuals with different religious status. **Frontiers in psychology**, v. 10, 2019. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01525. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31354566/>.

VOGLER, Katharina; DABOUL, Amro; OBST, Anne; FIETZE, Ingo; EWERT, Ralf; BIFFAR, Reiner; KRÜGER, Markus. Quality of life in patients with obstructive sleep apnea: Results from the study of health in Pomerania. **Journal of Sleep Research**, [S. l.], v. 32, n. 1, 2023. DOI: 10.1111/jsr.13702. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jsr.13702>.

WATACH, Alexa J.; HWANG, Dennis; SAWYER, Amy M. Personalized and patient-centered strategies to improve positive airway pressure adherence in patients with obstructive sleep apnea. **Patient Preference and Adherence**, [S. l.], v. 15, p. 1557–1570, 2021. DOI: 10.2147/PPA.S264927.

WEAVER, Terri E.; GRUNSTEIN, Ronald R. Adherence to continuous positive airway pressure therapy: The challenge to effective treatment. **Proceedings of the American Thoracic Society**, v. 5, n. 2, p. 173–178, 2008. DOI: 10.1513/pats.200708-119MG. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18250209/>.

WEAVER, Terri E.; SAWYER, Amy. M. Adherence to treatment with continuous positive airway pressure in the obstructive sleep apnea syndrome. **The Indian Journal of Medical Research**, v. 131, n. 8–9, p. 245–258, 2010.

WITTE, Martina de; SPRUIT, Anouk; HOOREN, Susana van; MOONEN, Xavier; STAMS, Geert-Jan. Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses. **Health psychology review**, v. 14, n. 2, p. 294-324, 2020. DOI: 10.1080/17437199.2019.1627897. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31167611/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use of and interpretation of anthropometry. **Geneva. Report of a WHO Expert Committee**, [S. l.], p. 463, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December. World Health Organization**, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Amendments to the Constitution. **Fifty-second world health assembly (Provisional agenda item 16)**, 1999. Disponível em: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf.

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; SALGADO, Claudia Maria; NUNES, Mariana Cabral; URZÊDA, Fabrícia Lanusse De; CARVALHO, Marta Valéria Catalayud; PEREIRA, Dalma Alves; JARDIM, Thiago de Souza Veiga; SOUZA, Weimar Kunz Sebba Barroso De. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e

na pressão arterial do paciente hipertenso. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 93, n. 5, 2009. DOI: 10.1590/S0066-782X2009001100015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

ZERÓN-RUGERIO, María Fernanda; HERNÁEZ, Álvaro; CAMBRAS, Trinitat; IZQUIERDO-PULIDO, Maria. Emotional eating and cognitive restraint mediate the association between sleep quality and BMI in young adults. **Appetite**, [S. l.], v. 170, p. 105899, 2022. DOI: 10.1016/j.appet.2021.105899. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666321008060>.

SEGUNDA PARTE - ARTIGOS**ARTIGO 1 – COMPORTAMENTO ALIMENTAR, ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DE SUJEITOS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO E EXCESSO DE PESO**

Versão Preliminar, uma vez que conforme o estilo do periódico escolhido, o conselho editorial poderá sugerir alterações. Elaborado de acordo com a NBR 6022.

RESUMO

O excesso de peso é um dos principais fatores de risco que contribuem para a Apneia Obstrutiva do Sono (AOS). Modificações no estilo de vida, incluindo comportamentos alimentares, são fundamentais para favorecer o controle do peso corporal. O comportamento alimentar parece estar associado a religião e espiritualidade. Desse modo, o objetivo do presente trabalho foi conhecer o comportamento alimentar de sujeitos com AOS e excesso de peso, investigando a associação com a religiosidade e qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais. O comportamento alimentar foi avaliado por meio do instrumento de autorrelato *Three Factor Eating Questionnaire – R21* (TFEQ-R21). O WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) foi utilizado para avaliar qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais. Por fim, a religiosidade foi avaliada por meio do *Duke Religious Index* (DUREL). Análises de correlação de Spearman, Mann-Whitney e Kruskal Wallis foram realizadas no software SPSS; $p < 0,05$ foi adotado. Foram analisados os dados de 58 participantes com média de idade de $59,2 \pm 11,1$ anos, sendo 51,7% ($n = 30$) do sexo feminino. A mediana do IMC foi de 32,7 (30,2 – 37,0) kg/m^2 . No que se refere ao comportamento alimentar, maiores escores foram observados na subescala restrição cognitiva [52,8 (27,8 – 72,2)]. Menor idade e maior IMC estiveram associados a maiores escores nas subescalas descontrolado alimentar e alimentação emocional ($p < 0,05$). Mulheres [27,8 (0,0 – 66,7)] possuíam maiores escores de alimentação emocional em detrimento dos homens [11,1 (0,0 – 22,2); $p = 0,02$]. Os sujeitos com AOS tinham escores de qualidade de vida relacionada a aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais relativamente altos ($16,6 \pm 2,1$). A maioria dos participantes frequentavam atividades religiosas pelo menos uma vez por semana [25,9% ($n = 15$) = mais de uma vez na semana e 29,3% ($n = 17$) = uma vez por semana]. Além disso, a maioria dos participantes se engajavam em atividades religiosas não organizadas [diariamente (36,2%, $n = 21$) ou mais de uma vez por dia (48,3%, $n = 28$)]. Escores religiosos intrínsecos altos foram relatados por 94,8% ($n = 55$) dos participantes. Não foram encontradas associações entre o comportamento alimentar e qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais e religiosidade ($p > 0,05$). Em suma, esses resultados sugerem que pessoas com AOS, especialmente sujeitos mais jovens, com maior IMC e mulheres, podem necessitar de intervenções específicas ao comportamento alimentar como práticas produtoras de saúde. Mais pesquisas são necessárias para examinar a relação entre comportamento alimentar, espiritualidade e religiosidade.

Palavras-chave: Apneia Obstrutiva do Sono. Estado nutricional. Comportamento Alimentar. Espiritualidade. Religião.

ABSTRACT

Excess weight is one of the main risk factors that are relevant for Obstructive Sleep Apnea (OSA). Lifestyle modifications, including eating behaviors, are essential to favor body weight control. Eating behavior seems to be associated with religion and spirituality. Thus, the objective of the present study was to understand the eating behavior of subjects with OSA and overweight, investigating the association with religiosity and quality of life in terms of spiritual, religious and personal beliefs. Eating behavior was assessed using the self-report instrument Three Factor Eating Questionnaire – R21 (TFEQ-R21). The WHOQOL-SRPB (World Health Organization Quality of Life instrument- Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) was used to assess quality of life in terms of spiritual, religious and personal beliefs. Finally, religiosity was assessed using the Duke Religious Index (DUREL). Spearman, Mann-Whitney and Kruskal Wallis aerosol analyzes were performed in SPSS software; $p < 0.05$ was adopted. Data from 58 participants with a mean age of 59.2 ± 11.1 years were analyzed, with 51.7% ($n = 30$) being female. The median BMI was $32.7 (30.2 - 37.0)$ kg/m². With regard to eating behavior, higher scores were observed in the cognitive restriction subscale [$52.8 (27.8 - 72.2)$]. Younger age and higher BMI remained associated with higher scores on the uncontrolled eating and emotional eating subscales ($p < 0.05$). Women [$27.8 (0.0 - 66.7)$] had higher emotional eating scores than men [$11.1 (0.0 - 22.2)$]; $p = 0.02$. Subjects with OSA had relatively high quality of life scores related to spiritual, religious and personal beliefs (16.6 ± 2.1). Most participants attended religious activities at least once a week [$25.9\% (n = 15) =$ more than once a week and $29.3\% (n = 17) =$ once a week]. In addition, most participants engaged in non-organized religious activities [daily (36.2% , $n = 21$) or more than once a day (48.3% , $n = 28$)]. High intrinsic religious scores were reported by $94.8\% (n = 55)$ of participants. No associations were found between eating behavior and quality of life in terms of spiritual, religious, personal beliefs and religiosity ($p > 0.05$). In short, these results suggest that people with OSA, especially younger subjects, with higher BMI and women, may need specific therapy for eating behavior as health-producing practices. More research is needed to examine the relationship between eating behavior, spirituality and religiosity.

Keywords: Sleep Apnea, Obstructive. Nutritional Status. Feeding Behavior. Spirituality. Religion.

1 INTRODUÇÃO

A apneia obstrutiva do sono (AOS) pode ser descrita como um distúrbio respiratório crônico relacionado ao sono. Caracterizada por episódios repetitivos de colapso recorrente completo (apneia) ou parcial (hipopneia) das vias aéreas superiores durante o sono (TIMKOVA et al., 2020), trata-se de importante problema de saúde global, mediante a elevada prevalência de indivíduos com a doença (LABARCA et al., 2020).

Estima-se que, em termos globais, 936 milhões de indivíduos com idade entre 30 e 69 anos apresentam AOS. Seguindo a tendência mundial, o Brasil apresenta aumento exponencial no número de pessoas com AOS, estando entre os principais países com maior número de indivíduos afetados, com cerca de 74 milhões de pessoas com diagnóstico de AOS (BENJAFIELD et al., 2019).

O excesso de peso é um dos principais fatores de risco que pode contribuir para ocorrência da AOS. A deposição de gordura no trato respiratório superior ocasiona a estenose das vias aéreas superiores e diminuição da atividade muscular nessa região, resultando em hipoxia e apneia (JEHAN et al., 2017). Além disso, a coexistência de obesidade e AOS pode ser associada a múltiplas condições de saúde comórbidas, como doenças cardiovasculares e síndrome metabólica (TUOMILEHTO; SEPPÄ; UUSITUPA, 2013), com maior prevalência em sujeitos com AOS moderada e grave (PINTO et al., 2016).

O uso do equipamento CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas) é reconhecido como intervenção terapêutica padrão-ouro para AOS (RIACHY et al., 2017). No entanto, há evidências de que a adesão ao CPAP não impede a continuação do ganho de peso entre pacientes com AOS gravemente obesos (MYLLYLÄ et al., 2016). Apesar do uso adequado do equipamento, Myllylä et al., (2016) não encontraram alteração significativa no IMC para maioria dos participantes e 10,0% dos sujeitos apresentaram ganho de peso anual significativo, durante o período de seguimento de 5 anos.

Nessa perspectiva, mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação, podem proporcionar benefícios quanto a redução de peso em sujeitos com AOS e obesidade (CARNEIRO-BARRERA et al., 2019; EDWARDS et al., 2019). Isso porque embora o excesso de peso seja multifatorial, comportamentos alimentares disfuncionais têm sido destacados como importantes contribuintes para o sobrepeso e a obesidade (LEGENDRE; BÉGIN, 2023). Até o momento, poucos estudos investigaram as relações entre AOS e comportamento alimentar (CASSIDY; HARVEY; SMYTH, 2023), sendo desconhecidas as

características e os desfechos de mudanças no comportamento alimentar no tratamento da AOS (CHUANG et al., 2023).

Por fim, o comportamento alimentar parece estar bastante associado a religião e espiritualidade. Ao longo do tempo, o alimento e a comensalidade se tornaram uma forma das pessoas se conectarem com Deus. Os alimentos são religiosamente simbólicos, de modo que diferentes comportamentos e práticas alimentares podem ser observados em diferentes religiões (COHEN, 2021; MICHOPLOU; JAUNIŠKIS, 2020).

Independente da perspectiva, religiosa ou não religiosa, a espiritualidade pode se relacionar com a alimentação (MICHOPLOU; JAUNIŠKIS, 2020). Estudo prévio demonstrou que comportamentos religiosos são capazes de proporcionar impacto positivo significativo em relação a comportamentos alimentares saudáveis, enquanto que o não envolvimento em atividades religiosas se associa a menor probabilidade de ingestão de alimentos saudáveis (PFEIFFER et al., 2018). Em suma, a fé parece impactar na mudança de comportamento de saúde dos sujeitos e promoção da saúde (SEALE et al., 2013).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi conhecer o comportamento alimentar de sujeitos com AOS e excesso de peso, investigando a associação com a religiosidade e qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de análise transversal da linha de base do estudo “Comportamento alimentar, espiritualidade e religiosidade de sujeitos com Apneia Obstrutiva do Sono em uso de CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*)”, o qual foi conduzido entre março e dezembro de 2022. Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado “Inter-relações entre práticas alimentares sustentáveis, qualidade de vida e espiritualidade”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras (parecer: 5.032.403). No entanto, o presente artigo utilizou dados da linha de base do subprojeto, os quais foram coletados entre março e maio de 2022.

A pesquisa foi realizada no Município de Lavras – Minas Gerais. Foram recrutados do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e Ventilação Mecânica (POD) do Município usuários com diagnóstico de AOS moderada a grave em uso do CPAP há pelo menos três meses e com estado nutricional classificado como excesso de peso. Foram excluídos do estudo aqueles com apneia central do sono e distúrbios cognitivos ou psiquiátricos associados à dificuldade de compreender informações sobre os questionários.

Todos os participantes concordaram voluntariamente em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2 Dados coletados

As variáveis sociodemográficas obtidas foram idade, sexo, escolaridade e renda familiar. Dados sobre religião foram coletados. Além disso, foram obtidas, por meio de autorrelato, variáveis clínicas quanto ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

Peso e a altura foram utilizados para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), analisado como variável categorizada [adultos: $IMC < 24,9 \text{ kg/m}^2$ classificado como baixo peso/eutrófico, $IMC > 25,0 \text{ kg/m}^2$ classificado como sobrepeso; idosos: $IMC < 27,0 \text{ kg/m}^2$ classificado como baixo peso/eutrófico, $IMC > 27,0 \text{ kg/m}^2$ classificado como sobrepeso] (LIPSCHITZ, 1994; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Para levantamento da adesão ao CPAP foi realizado download dos dados do cartão de memória CPAP por meio do sistema de telemonitoramento *AirView™*. A média de uso do

equipamento dos meses de março, abril e maio de 2023 foi utilizada para categorização dos participantes: (1) boa adesão (adesão ao CPAP superior a quatro horas por noite em 70,0% das noites investigadas) e (2) baixa adesão (adesão inferior a quatro horas por noite em 70,0% das noites) (KRIBBS et al., 1993).

2.3 *Three Factor Eating Questionnaire – R21*

O comportamento alimentar foi avaliado por meio do instrumento de autorrelato *Three Factor Eating Questionnaire – R21* (TFEQ-R21). Composto por 21 itens o questionário avalia três diferentes dimensões do comportamento alimentar: (1) restrição cognitiva, restrição intencional do consumo alimentar para regulação do peso ou da forma corporal; (2) descontrole alimentar, tendência a perder o controle alimentar na presença da fome ou estímulos externos e (3) alimentação emocional, propensão para comer exageradamente em resposta a estados emocionais negativos (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011).

As opções de resposta dos itens são apresentadas em uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, variando entre “totalmente verdade” e “totalmente falso”. Com exceção para a questão 21 que é uma escala de classificação de 8 pontos. A pontuação dos três domínios foi obtida por meio da soma dos itens. Ressalta-se que, os itens 01 a 16 foram recodificados antes de computar os escores dos domínios, pois a pontuação é reversa (NATACCI; FERREIRA JÚNIOR, 2011).

2.4 **Aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais**

O WHOQOL-SRPB (*World Health Organization Quality of Life instrument-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) é um questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar qualidade de vida relacionada aos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais. É composto por 32 itens, agrupados em oito facetas (conexão a ser ou força espiritual; sentido da vida; admiração; totalidade e integração; força espiritual; paz interior; esperança e otimismo; fé], cada qual com quatro perguntas, cujas opções de resposta são apresentadas em escala *Likert* que varia de 01 a 05, com 01 indicando “nada” e 05 indicando “extremamente” (FLECK; SKEVINGTON, 2007; PANZINI et al., 2011).

A pontuação de cada faceta foi obtida por meio da soma das quatro questões pertencentes as facetas supracitadas, seguido de divisão por 04. Os escores dos domínios

foram calculados por meio da soma dos escores das “n” facetas que compõem cada domínio, dividido pelo número de facetas do domínio. O resultado foi multiplicado por quatro e representado em uma escala de 04 a 20. O escore global foi calculado por meio da média dos domínios. Maiores pontuações indicam melhor qualidade de vida nos aspectos SRPB (PEDROSO et al., 2011).

2.5 *Duke Religious Index*

A religiosidade foi avaliada por meio do *Duke Religious Index* (DUREL). Trata-se de questionário desenvolvido por Koenig; Parkerson Jr.; Meador (1997) e traduzido para o português por Moreira-Almeida et al. (2008), sendo essa última versão validada em distintas populações, como pós-graduandos de cursos da área da saúde (MARTINEZ; ALMEIDA; CARVALHO, 2012), estudantes universitários e pacientes psiquiátricos (TAUNAY et al., 2012) e adultos comunitários de baixa renda (LUCCHETTI et al., 2012).

O DUREL possui cinco itens que captam três dimensões de religiosidade: organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) (TAUNAY et al., 2012). As opções de resposta dos itens são apresentadas em uma escala do tipo *Likert*. O item organizacional determina a frequência aos serviços religiosos; o item não organizacional determina a frequência de atividades religiosas privadas, como oração, meditação ou estudo bíblico e os três itens intrínsecos da religiosidade determinam se o sujeito experimenta a presença do divino, permite que as crenças religiosas guiem sua abordagem da vida e transporta a religião para outras áreas da vida.

Para computo do escore do DUREL os itens que compõe cada uma das três dimensões tiveram a pontuação revertida. As pontuações obtidas nas três dimensões (RO, RNO e RI) foram analisadas separadamente, com escores mais altos indicando maior religiosidade (CURCIO; LUCCHETTI; MOREIRA-ALMEIDA, 2015; TAUNAY et al., 2012). Em adendo, assim como no estudo de Mosqueiro et al. (2021), para a dimensão RI os escores foram categorizados: (1) RI baixo, quando escore menor que 10 pontos e (2) RI alto quando escore igual ou maior que 10 pontos.

2.6 *Análise estatística*

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0 (*IBM SPSS Statistics for Windows*) para Windows. Variáveis categóricas foram

mostradas como porcentagem e valores absolutos. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e intervalos interquartis, segundo a distribuição de normalidade.

Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram realizados entre variáveis contínuas e categóricas. Correlação de Spearman foi realizada entre variáveis contínuas. O valor limite de 0,05 foi adotado para determinar o nível de significância dos resultados dos testes estatísticos aplicados.

3 RESULTADOS

Do total de usuários inscritos no POD do Município ($n = 97$), 17 usuários utilizavam CPAP há menos de três meses e, portanto, foram excluídos das análises. Além disso, 18 usuários recusaram participar do estudo, restando 62 participantes. Destes, quatro foram excluídos da pesquisa por apresentarem estado nutricional classificado como baixo peso (1,6%; $n = 1$) e eutrofia (4,8%; $n = 3$).

Desse modo, foram analisados os dados de 58 participantes com média de idade de $59,2 \pm 11,1$ anos, sendo 51,7% ($n = 30$) do sexo feminino. Quanto aos aspectos relacionados a AOS, a mediana do IMC foi de 32,7 (30,2 – 37,0) kg/m^2 e 67,7% ($n = 42$) dos participantes tinham boa adesão ao CPAP. A maioria dos participantes possuíam comorbidades como HAS (72,4%; $n = 42$) e DM (51,7%; $n = 30$), dos quais 28 participantes (60,9%) possuíam ambas as condições, HAS e DM. Quanto ao perfil religioso, a religião mais comum foi a católica (77,6%). Demais características estão apresentadas na Tabela 1.

Quanto ao comportamento alimentar, maiores escores foram observados na subescala restrição cognitiva [52,8 (27,8 – 72,2)]. Menor idade e maior IMC estiveram associados a maiores escores nas subescalas descontrole alimentar ($p = 0,03$ e $p < 0,01$, respectivamente) e alimentação emocional ($p = 0,02$ para ambas as variáveis). Mulheres [27,8 (0,0 – 66,7)] possuíam maior comportamento de alimentação emocional em detrimento dos homens [11,1 (0,0 – 22,2); $p = 0,02$] (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, religiosa, clínica, antropométrica e adesão ao CPAP dos sujeitos com AOS incluídos nesse estudo (continua).

Variáveis	Total [n = 58]	TFEQ-R21		
		Descontrole alimentar [14,8 (7,4 – 37,0)]	Restrição cognitiva [52,8 (27,8 – 72,2)]	Alimentação emocional [11,1 (0,0 – 50,0)]
Idade (anos) ¹	59,2 ± 11,1	-0,285*	0,171	-0,324*
Sexo (%) ²				
Feminino	51,7 (n = 30)	22,2 (11,1 – 48,1)	61,1 (33,3 – 77,8)	27,8 (0,0 – 66,7)*
Masculino	48,3 (n = 28)	14,8 (0,0 – 33,3)	38,9 (27,8 – 61,1)	11,1 (0,0 – 22,2)*
Escolaridade (%) ³				
Ensino fundamental incompleto	56,9 (n = 33)	14,8 (7,4 – 40,7)	55,5 (30,5 – 77,8)	11,1 (0,0 – 52,8)
Ensino fundamental completo / médio completo	20,7 (n = 12)	13,0 (1,8 – 36,1)	38,9 (25,0 – 72,2)	16,7 (2,8 – 41,7)
Ensino superior completo ou mais	22,4 (n = 13)	25,9 (5,5 – 48,1)	50,0 (25,0 – 72,2)	50,0 (8,3 – 52,8)
Renda (%) ³				
Até 2 salários	53,4 (n = 31)	11,1 (7,4 – 33,3)	50,0 (27,8 – 77,8)	11,1 (0,0 – 44,4)
3 e 4 salários	36,2 (n = 21)	22,2 (11,1 – 51,8)	55,5 (36,1 – 72,2)	33,3 (0,0 – 61,1)
Acima de 5 salários	10,3 (n = 6)	16,7 (2,8 – 37,3)	50,0 (23,6 – 63,9)	30,5 (4,2 – 56,9)
Religião (%) ³				
Católica	77,6 (n = 45)	18,5 (5,5 – 42,6)	50,0 (27,8 – 75,0)	11,1 (0,0 – 50,0)
Evangélica	13,8 (n = 8)	16,7 (11,1 – 28,7)	61,1 (20,8 – 72,2)	22,2 (0,0 – 54,2)
Espírita	3,4 (n = 2)	25,9 (–)	50,0 (–)	8,3 (–)
Ateu	5,2 (n = 3)	7,4 (–)	38,9 (–)	0,0 (–)
Hipertensão Arterial (%) ²				
Sim	72,4 (n = 42)	14,8 (2,8 – 38,0)	52,8 (27,8 – 73,6)	16,7 (0,0 – 50,0)
Não	27,6 (n = 16)	20,4 (7,4 – 32,4)	50,0 (29,2 – 72,2)	11,1 (0,0 – 48,6)

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, religiosa, clínica, antropométrica e adesão ao CPAP dos sujeitos com AOS incluídos nesse estudo (conclusão).

Variáveis	Total [n = 58]	TFEQ-R21		
		Descontrole alimentar [14,8 (7,4 – 37,0)]	Restrição cognitiva [52,8 (27,8 – 72,2)]	Alimentação emocional [11,1 (0,0 – 50,0)]
Diabetes Mellitus (%) ²				
Sim	51,7 (n = 30)	14,8 (6,5 – 40,0)	50,0 (22,2 – 77,8)	13,9 (0,0 – 51,4)
Não	48,3 (n = 28)	16,7 (7,4 – 32,4)	55,5 (33,3 – 72,2)	11,1 (0,0 – 50,0)
IMC (kg/m²) ¹	32,7 (30,2 – 37,0)	0,459**	-0,254	0,302*
Adesão ao CPAP (%) ²				
Boa adesão	67,7 (n = 42)	14,8 (7,4 – 33,3)	55,5 (33,3 – 72,2)	11,0 (0,0 – 44,4)
Baixa adesão	32,3 (n = 20)	22,2 (0,0 – 59,2)	38,9 (22,2 – 72,2)	11,1 (0,0 – 66,7)

* p < 0,05

** p < 0,01

¹ Correlação de Spearman

² Mann-Whitney

³ Kruskal-Wallis

Fonte: Do Autor (2023).

A Tabela 2 ilustra a caracterização dos participantes quanto a qualidade de vida relacionada a aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB) e religiosidade (DUREL). Os sujeitos com AOS tinham escores de qualidade de vida relacionada a aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais relativamente altos, com média de $16,6 \pm 2,1$ (escore máximo de 20,0).

Os sujeitos com AOS eram bastante religiosos. Quanto a dimensão RO, a maioria dos participantes frequentavam atividades religiosas pelo menos uma vez por semana, conforme demonstrado pela mediana do escore [5,0 (3,0 – 6,0)] e pela análise de frequências das respostas [25,9% (n = 15) = mais de uma vez na semana e 29,3% (n = 17) = uma vez por semana]. Além disso, a maioria dos participantes se engajavam em atividades religiosas não organizadas (RNO) diariamente (36,2%, n = 21) ou mais de uma vez por dia (48,3%, n = 28). Escores religiosos intrínsecos (RI) altos foram relatados por 94,8% (n = 55) dos participantes, com mediana de 15,0 (14,0 – 15,0) (Tabela 2 e Tabela 3).

Tabela 2 – Perfil espiritual e religioso dos sujeitos com AOS incluídos nesse estudo.

Questionários	Escore [n = 58]
WHOQOL-SRPB	
Conexão a ser ou força espiritual ¹	17,0 (16,0 – 20,0)
Sentido na vida ¹	18,0 (16,0 – 20,0)
Admiração ¹	17,0 (16,0 – 20,0)
Totalidade e Integração ¹	16,0 (14,0 – 17,2)
Força espiritual ¹	16,0 (15,0 – 19,0)
Paz interior ¹	16,0 (13,0 – 17,2)
Esperança e otimismo ¹	16,0 (15,0 – 18,0)
Fé ¹	17,5 (16,0 – 20,0)
Escore total ²	16,6 ± 2,1
DUREL	
Religiosidade Organizacional ¹	5,0 (3,0 – 6,0)
Religiosidade Não Organizacional ¹	5,0 (5,0 – 6,0)
Religiosidade Intrínseca ¹	15,0 (14,0 – 15,0)

¹ Dados apresentados como mediana e intervalo interquartil

² Dados apresentados como média e desvio padrão

Fonte: Do Autor (2023).

Tabela 3 - Frequência de resposta dos itens que compõe o questionário DUREL.

DUREL	Total [n = 58]
Religiosidade Organizacional	
Mais de uma vez por semana	25,9 (n = 15)
Uma vez por semana	29,3 (n = 17)
Duas ou três vezes por mês	12,1 (n = 7)
Algumas vezes por ano	12,1 (n = 7)
Uma vez por ano ou menos	12,1 (n = 7)
Nunca	8,6 (n = 5)
Religiosidade Não Organizacional	
Mais de uma vez por dia	48,3 (n = 28)
Diariamente	36,2 (n = 21)
Duas ou mais vezes por semana	6,9 (n = 4)
Uma vez por semana	1,7 (n = 1)
Poucas vezes por mês	1,7 (n = 1)
Raramente ou nunca	5,2 (n = 3)
Religiosidade Intrínseca	
RI baixo (< 10)	5,2 (n = 3)
RI alto (\geq 10)	94,8 (n = 55)

Fonte: Do Autor (2023).

Variáveis associadas ao comportamento alimentar foram descritas na Tabela 4. Não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre os questionários TFEQ-R21 e os questionários WHOQOL-SRPB e DUREL ($p > 0,05$).

Tabela 4 - Correlação entre comportamento alimentar, qualidade de vida associada a aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais e religiosidade dos sujeitos com AOS incluídos nesse estudo (continua).

Variáveis [n = 58]	TFEQ-R21		
	Descontrole alimentar	Restrição cognitiva	Alimentação emocional
WHOQOL-SRPB			
Conexão a ser ou força espiritual	0,016	0,033	0,121
Sentido na vida	-0,049	-0,023	-0,023
Admiração	-0,065	0,030	0,019
Totalidade e Integração	-0,164	0,024	-0,165
Força espiritual	-0,078	0,126	-0,017

Tabela 4 - Correlação entre comportamento alimentar, qualidade de vida associada a aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais e religiosidade dos sujeitos com AOS incluídos nesse estudo (conclusão).

Variáveis [n = 58]	TFEQ-R21		
	Descontrole alimentar	Restrição cognitiva	Alimentação emocional
Paz interior	-0,090	0,077	-0,130
Esperança e otimismo	-0,238	-0,073	-0,137
Fé	0,045	0,044	0,150
Escore global	-0,073	0,072	-0,004
DUREL			
Religiosidade Organizacional	0,167	0,065	0,102
Religiosidade Não Organizacional	-0,151	0,078	0,118
Religiosidade Intrínseca	0,046	0,230	0,035

Fonte: Do Autor (2023).

4 DISCUSSÃO

Esse é um dos poucos estudos que investigaram o comportamento alimentar de sujeitos com AOS e a associação com aspectos espirituais e religiosos. Os resultados demonstraram comportamento alimentar disfuncional entre os sujeitos com AOS, especialmente no que se refere a tendência em restringir a alimentação para regulação do peso ou da forma corporal. Não foram observadas associações entre comportamento alimentar e aspectos espirituais e religiosos.

A Associação Brasileira do Sono afirma que a perda de peso é recomendada para pacientes com AOS e excesso de peso (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2013). Nesse sentido, para esses sujeitos, a Academia Americana de Medicina do Sono estabelece como opções de tratamento de estilo de vida mudanças dietéticas e prática de exercícios físicos (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2009). No entanto, no que se refere a alimentação, historicamente a maioria dos estudos que se embasaram nessa recomendação se atentaram especificamente ao estabelecimento de dietas com restrição calórica, ao invés de se atentarem a qualidade nutricional da alimentação (DOBROSIELSKI et al., 2017).

Os resultados do presente trabalho demonstraram que embora haja a tendência dos sujeitos investigados em restringirem a alimentação para controle do peso corporal, ainda assim apresentavam excesso de peso. Isso porque, embora a restrição cognitiva possa ser um alvo para perda de peso (KERÄNEN et al., 2011), sob condições de restrição da ingestão calórica, mecanismos metabólicos compensatórios que promovem a ingestão de energia e o ganho de peso podem ser ativados (HWALLA; JAAFAR, 2020).

Nessa perspectiva, as estratégias de controle de peso de sujeitos com AOS em situação de sobrepeso e obesidade devem considerar não somente a prescrição de dieta de calorias reduzidas, mas também exercícios ou aumento da atividade física e orientações comportamentais adaptadas às preferências individuais do paciente no tratamento de rotina (BOULOUKAKI et al., 2023; CARNEIRO-BARRERA et al., 2022; HUDGEL et al., 2018).

Além disso, os participantes incluídos nesse estudo apresentaram como comportamento alimentar disfuncional maior tendência a sentir uma perda de controle em relação à sua ingestão alimentar (descontrole alimentar) e se alimentar em resposta a emoções negativas (alimentação emocional). Desfechos observados especialmente em indivíduos mais jovens, com maior IMC e sexo feminino.

Estudos prévios também identificaram que a menor idade se associa a maiores escores de alimentação descontrolada e emocional (ABDELLA et al., 2019). Assim como, evidenciou associação entre alimentação emocional, sono inadequado e obesidade em mulheres (ZERÓN-RUGERIO et al., 2023). Ademais, estudo envolvendo sujeitos com e sem AOS encontraram que aqueles com o distúrbio apresentaram níveis mais elevados de alimentação não controlada do que aqueles que não apresentaram AOS o que, por sua vez, pode levar ao ganho de peso (BEATTY et al., 2021).

Os resultados do presente estudo sugerem, portanto, associação entre o comportamento alimentar e o peso corporal de sujeitos com AOS. De fato, estudos prévios identificaram associação entre má saúde do sono e comportamentos alimentares previamente associados à obesidade e seus fatores de risco (BARRAGAN et al., 2021; CASSIDY; HARVEY; SMYTH, 2023; DE MELO et al., 2019; LOPES et al., 2019; MEHR et al., 2021).

Em adendo, a redução da massa corporal em sujeitos com AOS e excesso de peso pode corrigir problemas existentes pela redução dos depósitos de tecido adiposo no trato respiratório superior (JEHAN et al., 2017). Nessa perspectiva, para indivíduos com excesso de massa corporal o tratamento nutricional deve ser considerado como tratamento coadjuvante a fim de reduzir o peso corporal, os sintomas da AOS e melhorar a qualidade de vida (GUZEK; GŁĄBSKA, 2023).

Além disso, os benefícios da perda de peso incluem não somente a resolução da AOS, mas podem incluir ainda a melhora ou prevenção do DM e HAS (COHEN, 2017; GRAMS; GARVEY, 2015), condições crônicas de saúde com elevada prevalência entre os sujeitos investigados nesse estudo. De fato, a literatura demonstra que a coexistência de obesidade e AOS pode ser associada a múltiplas condições de saúde (TUOMILEHTO; SEPPÄ; UUSITUPA, 2013).

Por fim, para melhor conhecer o comportamento alimentar de sujeitos com AOS e excesso de peso investigou-se a existência de associação entre comportamentos alimentares e aspectos espirituais e religiosos. Isso dado que as doutrinas religiosas, como a religião católica, predominante na amostra estudada, está associada a práticas alimentares específicas como, por exemplo, a abstinência e o jejum durante a Quaresma; não consumo de alimentos não magros, ou seja, a maior parte da carne as sextas-feiras; e jejum na Quarta-feira de Cinzas e na Sexta-feira Santa (CHOURAQUI et al., 2021).

No presente estudo escores elevados foram observados entre os sujeitos com AOS quanto a qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais. Possivelmente, porque a maioria dos participantes incluídos nesse estudo relataram possuir

uma crença / religião, com participação frequente em atividades religiosas organizacionais e não organizadas, além de relatarem a busca de internalização e vivência plena da religiosidade como papel central da vida. De fato, estudos prévios relataram associação entre religião / fé e bem-estar espiritual (KOLJACK et al., 2022; O'CALLAGHAN et al., 2020).

A literatura afirma que a religião e a espiritualidade influenciam na mudança de estilo de vida. Há impacto favorável de maior nível de religiosidade / espiritualidade (R/E) no enfrentamento de doenças, dado que as mudanças de estilo de vida são vividas como uma batalha interior e a espiritualidade está associada ao automanejo em sujeitos com condições crônicas de saúde (JANSSEN-NIEMEIJER et al., 2017). No entanto, os resultados do presente estudo demonstraram que não houve associação entre comportamento alimentar e qualidade de vida nos aspectos espirituais, religiosos e crenças pessoais e religiosidade. Ansari et al. (2017) também não encontraram associação entre religiosidade e mudança da alimentação e na prática de atividade física.

Nesse sentido, apesar das crescentes evidências sobre a importância da R/E dos sujeitos com condições crônicas em desfechos associados à saúde, há desafios quanto a comprovação da eficácia de intervenções que visem atender as necessidades espirituais dos mesmos (KOTLIŃSKA-LEMIESZEK; FOPKA-KOWALCZYK; KRAJNIK, 2022). No entanto, Williams et al. (2011) demonstraram existir desejo majoritário de sujeitos internados por uma conversa sobre as preocupações de R/E com os profissionais da saúde, sendo a mesma associada a classificação do seu cuidado no nível mais alto. Nessa perspectiva, ao abordar aspectos relacionados a R/E, os profissionais de saúde podem contribuir positivamente para com a experiência geral com a hospitalização e a satisfação do sujeito quanto ao cuidado da sua saúde (WILLIAMS et al., 2011).

Em concordância, revisão sistemática na qual buscou-se julgamento e consenso de especialistas acerca de evidências de alta qualidade sobre espiritualidade e saúde, produziu como desfecho seis implicações sobre a incorporação da espiritualidade no cuidado dos sujeitos e em desfechos de saúde. Implicações as quais consideravam incorporar o cuidado espiritual em abordagens centradas no sujeito, incorporar a educação para o cuidado espiritual na formação dos profissionais de saúde e reconhecer a espiritualidade como fator associado à saúde, incluindo profissionais especializados de cuidados espirituais no cuidado dos sujeitos (BALBONI et al., 2022).

Prestar assistência espiritual é uma habilidade que pode e deve ser aprendida (KOENIG; PETEET; VANDERWEELE, 2020). Entretanto, até o momento, parece haver um número limitado de pesquisas sobre como os profissionais de saúde devem prestar assistência

espiritual. Assim, deve-se investigar qual tipo de educação lhes permite fazê-la de forma eficiente (KOTLIŃSKA-LEMIESZEK; FOPKA-KOWALCZYK; KRAJNIK, 2022). Desse modo, estudos futuros devem investigar a associação entre R/E e mudanças de estilo de vida em sujeitos com condições crônicas de saúde, especialmente sujeitos com AOS.

Embora os achados do presente estudo sejam promissores, devem ser considerados no contexto de limitações. Em primeiro lugar, embora representativo para o Município, abrangendo todos os possíveis usuários, o tamanho amostral utilizado na pesquisa pode ser considerado pequeno. Em segundo lugar, por se tratar de estudo transversal, relação de causalidade não pôde ser avaliada, podendo apenas inferir associações. Além disso, foram incluídos sujeitos recrutados por amostragem intencional. Atrair sujeitos de um único Município limita a capacidade de generalizar os achados para outras populações.

Finalmente, embora espiritualidade e religiosidade sejam construtos distintos, a amostra incluída nesse estudo era predominantemente católica. Estudos futuros transculturais e inter-religiosos poderão esclarecer com maior robustez a relação entre espiritualidade e comportamento alimentar em sujeitos com AOS. No entanto, vale destacar que por se tratar de um estudo exploratório, estas não devem ser consideradas como grandes limitações no presente trabalho.

Em suma, os resultados deste estudo têm implicações clínicas importantes. Considerando o tratamento da AOS o qual preconiza a adesão ao CPAP como tratamento padrão-ouro (RIACHY et al., 2017), os resultados do presente estudo demonstraram que embora os participantes apresentassem boa adesão ao CPAP, o tratamento do sujeito com AOS deve ter como objetivo não somente garantir adesão ao uso do equipamento, mas tornar-se um tópico importante para intervenções de comportamento alimentar, dado a necessidade do controle do peso corporal. Mais pesquisas são necessárias para investigar a relação entre comportamento alimentar, espiritualidade e religiosidade.

5 CONCLUSÃO

Sujeitos com AOS e excesso de peso apresentaram comportamento alimentar disfuncional, especialmente quanto a tendência em restringir a alimentação para regulação do peso ou da forma corporal. Além disso, sujeitos mais jovens, com maior IMC e mulheres, podem necessitar de intervenções específicas ao comportamento alimentar como práticas produtoras de saúde.

Embora o perfil espiritual e religioso dos sujeitos com AOS demonstrasse elevada religiosidade e espiritualidade, não houve associação com o comportamento alimentar. Mais pesquisas são necessárias para investigar essa relação.

REFERÊNCIAS

ABDELLA, Hanan; EL FARSSI, Hameida; BROOM, David; HADDEN, Dawn; DALTON, Caroline. Eating Behaviours and Food Cravings; Influence of Age, Sex, BMI and FTO Genotype. *Nutrients*, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 377, 2019. DOI: 10.3390/nu11020377. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2072-6643/11/2/377>.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. Clinical Guideline for the Evaluation, Management and Long-term Care of Obstructive Sleep Apnea in Adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, [S. l.], v. 05, n. 03, p. 263–276, 2009. DOI: 10.5664/jcsm.27497. Disponível em: <http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.27497>.

ANSARI, Serene; SOLTERO, Erica G.; LORENZO, Elizabeth; LEE, Rebecca E. The impact of religiosity on dietary habits and physical activity in minority women participating in the Health is Power (HIP) study. *Preventive Medicine Reports*, [S. l.], v. 5, p. 210–213, 2017. DOI: 10.1016/j.pmedr.2016.12.012. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211335516301656>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO. **Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono no Adulto**. 1. ed. São Paulo. Disponível em: <https://abmsono.org/wp-content/uploads/2021/09/apneiaadulto.pdf>.

BALBONI, Tracy A. et al. Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, [S. l.], v. 328, n. 2, p. 184–197, 2022. DOI: 10.1001/jama.2022.11086. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2794049>.

BARRAGAN, Rocio; ZURAIKAT, Faris; TAM, Victoria; SCACCIA, Samantha; COCHRAN, Justin; LI, Si; CHENG, Bin; ST-ONGE, Marie-Pierre. 105 Sleep Behaviors Are Differentially Associated with Eating Behavior Characteristics Based on Sex. *Sleep*, [S. l.], v. 44, n. Supplement_2, p. A43–A43, 2021. DOI: 10.1093/sleep/zsab072.104. Disponível em: https://academic.oup.com/sleep/article/44/Supplement_2/A43/6260246.

BEATTY, Caroline J. et al. Dietary intake, eating behavior and physical activity in individuals with and without obstructive sleep apnea. *Sleep and Biological Rhythms*, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 85–92, 2021. DOI: 10.1007/s41105-020-00291-9. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s41105-020-00291-9>.

BENJAFIELD, Adam V et al. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnea: a literature-based analysis. *The Lancet Respiratory Medicine*, [S. l.], v. 7, n. 8, p. 687–698, 2019. DOI: 10.1016/S2213-2600(19)30198-5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213260019301985>.

BOULOUKAKI, Izolde; DASKALAKI, Eleni; MAVROUDI, Eleni; MONIAKI, Violeta; SCHIZA, Sophia E.; TSILIGIANNI, Ioanna. A Dietary and Lifestyle Intervention Improves Treatment Adherence and Clinical Outcomes in Overweight and Obese Patients with Obstructive Sleep Apnea: A Randomized, Controlled Trial. *Life*, [S. l.], v. 13, n. 8, p. 1755, 2023. DOI: 10.3390/life13081755. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-1729/13/8/1755>.

CARNEIRO-BARRERA, Almudena; AMARO-GAHETE, Francisco J.; GUILLÉN-RIQUELME, Alejandro; JURADO-FASOLI, Lucas; SÁEZ-ROCA, Germán; MARTÍN-CARRASCO, Carlos; BUELA-CASAL, Gualberto; RUIZ, Jonatan R. Effect of an

Interdisciplinary Weight Loss and Lifestyle Intervention on Obstructive Sleep Apnea Severity. **JAMA Network Open**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. e228212, 2022. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.8212. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2791455>.

CARNEIRO-BARRERA, Almudena; DÍAZ-ROMÁN, Amparo; GUILLÉN-RIQUELME, Alejandro; BUELA-CASAL, Gualberto. Weight loss and lifestyle interventions for obstructive sleep apnea in adults: Systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, [S. l.], v. 20, n. 5, p. 750–762, 2019. DOI: 10.1111/obr.12824. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12824>.

CASSIDY, Siobhán; HARVEY, Leah; SMYTH, Sinéad. Examining the relationship between obstructive sleep apnoea and eating behaviours and attitudes: A systematic review. **Appetite**, [S. l.], v. 181, n. 106390, 2023. DOI: 10.1016/j.appet.2022.106390. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666322004810>.

CHOURAQUI, Jean-Pierre et al. Religious dietary rules and their potential nutritional and health consequences. **International Journal of Epidemiology**, [S. l.], v. 50, n. 1, p. 12–26, 2021. DOI: 10.1093/ije/dyaa182. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/50/1/12/5989816>.

CHUANG, Hai-Hua et al. Dietary profile of pediatric obstructive sleep apnea patients, effects of routine educational counseling, and predictors for outcomes. **Frontiers in Public Health**, [S. l.], v. 11, n. 1160647, 2023. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1160647. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1160647/full>.

COHEN, Adam B. You can learn a lot about religion from food. **Current Opinion in Psychology**, [S. l.], v. 40, p. 1–5, 2021. DOI: 10.1016/j.copsyc.2020.07.032. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352250X20301445>.

COHEN, Jordana B. Hypertension in Obesity and the Impact of Weight Loss. **Current Cardiology Reports**, [S. l.], v. 19, n. 10, 2017. DOI: 10.1007/s11886-017-0912-4. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11886-017-0912-4>.

CURCIO, Cristiane Schumann Silva; LUCCHETTI, Giancarlo; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Validation of the Portuguese Version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in Clinical and Non-clinical Samples. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 54, n. 2, p. 435–448, 2015. DOI: 10.1007/s10943-013-9803-1.

DE MELO, Camila Maria; DEL RE, Mariana Pantaleão; DOS SANTOS QUARESMA, Marcus Vinicius Lucio; MOREIRA ANTUNES, Hanna Karen; TOGEIRO, Sonia Maria; LIMA RIBEIRO, Sandra Maria; TUFIK, Sergio; DE MELLO, Marco Tulio. Relationship of evening meal with sleep quality in obese individuals with obstructive sleep apnea. **Clinical Nutrition ESPEN**, [S. l.], v. 29, p. 231–236, 2019. DOI: 10.1016/j.clnesp.2018.09.077. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405457718304686>

DOBROSIELSKI, Devon A.; PAPANDREOU, Christopher; PATIL, Susheel P.; SALAS-SALVADÓ, Jordi. Diet and exercise in the management of obstructive sleep apnoea and cardiovascular disease risk. **European Respiratory Review**, [S. l.], v. 26, n. 144, 2017. DOI: 10.1183/16000617.0110-2016. Disponível em: <http://err.ersjournals.com/lookup/doi/10.1183/16000617.0110-2016>.

EDWARDS, Bradley A. et al. Assessing the impact of diet, exercise and the combination of the two as a treatment for OSA: A systematic review and meta-analysis. **Respirology**, [S. l.], v. 24, n. 8, p. 740–751, 2019. DOI: 10.1111/resp.13580. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/resp.13580>.

FLECK, Marcelo P.; SKEVINGTON, Suzanne. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S. l.], v. 34, p. 146–149, 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700018&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

GRAMS, J.; GARVEY, W. Timothy. Weight Loss and the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes Using Lifestyle Therapy, Pharmacotherapy, and Bariatric Surgery: Mechanisms of Action. **Current Obesity Reports**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 287–302, 2015. DOI: 10.1007/s13679-015-0155-x. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s13679-015-0155-x>.

GUZEK, Dominika; GŁĄBSKA, Dominika. Diet Therapy of Obstructive Sleep Apnea Syndrome Treated with Positive Airway Pressure: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. **Applied Sciences**, [S. l.], v. 13, n. 8, 2023. DOI: 10.3390/app13085105. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-3417/13/8/5105>.

HUDGEL, David W. et al. The Role of Weight Management in the Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [S. l.], v. 198, n. 6, p. e70–e87, 2018. DOI: 10.1164/rccm.201807-1326ST. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.201807-1326ST>.

HWALLA, Nahla; JAAFAR, Zeinab. Dietary Management of Obesity: A Review of the Evidence. **Diagnostics**, [S. l.], v. 11, n. 1, 2020. DOI: 10.3390/diagnostics11010024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-4418/11/1/24>.

JANSSEN-NIEMEIJER, A. J.; VISSER, M.; VAN LEEUWEN, R.; LEGET, C.; CUSVELLER, B. S. The Role of Spirituality in Lifestyle Changing Among Patients with Chronic Cardiovascular Diseases: A Literature Review of Qualitative Studies. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 56, n. 4, p. 1460–1477, 2017. DOI: 10.1007/s10943-017-0384-2. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-017-0384-2>.

JEHAN, Shazia; ZIZI, Ferdinand; PANDI-PERUMAL, Seithikurippu R.; WAL, Steven; AUGUSTE, Evan; MYERS, Alyson K.; JEAN-LOUIS, Girardin; MCFARLANE, Samy I. Obstructive sleep apnea and obesity: implications for public health. **Sleep Medicine and Disorders: International Journal**, [S. l.], v. 1, n. 4, p. 1–15, 2017. DOI: 10.15406/smdij.2017.01.00019.

KERÄNEN, Anna-Maria; STRENGELL, Katrin; SAVOLAINEN, Markku J.; LAITINEN, Jaana H. Effect of weight loss intervention on the association between eating behaviour measured by TFEQ-18 and dietary intake in adults. **Appetite**, [S. l.], v. 56, n. 1, p. 156–162, 2011. DOI: 10.1016/j.appet.2010.10.004. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666310005246>.

KOENIG, Harold G.; PETEET, John R.; VANDERWEELE, Tyler J. Religion and psychiatry: clinical applications. **BJPsych Advances**, [S. l.], v. 26, n. 5, p. 273–281, 2020. DOI: 10.1192/bja.2020.11. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056467820000110/type/journal_article.

KOENIG, Harold; PARKERSON JR., George R.; MEADOR, Keith G. Religion index for psychiatric research. **American Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 154, n. 6, p. 885b – 886, 1997. DOI: 10.1176/ajp.154.6.885b. Disponível em: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.154.6.885b>.

KOLJACK, Claire E.; MIYASAKI, Janis; PRIZER, Lindsay P.; KATZ, Maya; GALIFIANAKIS, Nick; SILLAU, Stefan H.; KLUGER, Benzi M. Predictors of Spiritual Well-Being in Family Caregivers for Individuals with Parkinson's Disease. **Journal of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 606–613, 2022. DOI: 10.1089/jpm.2020.0797. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2020.0797>.

KOTLIŃSKA-LEMIESZEK, Aleksandra; FOPKA-KOWALCZYK, Małgorzata; KRAJNIK, Małgorzata. Spirituality in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease – challenge for more effective interventions, support, and healthcare education: Mini-review. **Frontiers in Medicine**, [S. l.], v. 9, n. 954519, 2022. DOI: 10.3389/fmed.2022.954519. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.954519/full>.

KRIBBS, Nancy Barone et al. Objective Measurement of Patterns of Nasal CPAP Use by Patients with Obstructive Sleep Apnea. **American Review of Respiratory Disease**, [S. l.], v. 147, n. 4, p. 887–895, 1993. DOI: 10.1164/ajrccm/147.4.887. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm/147.4.887>.

LABARCA, Gonzalo; DREYSE, Jorge; DRAKE, Lauren; JORQUERA, Jorge; BARBE, Ferran. Efficacy of continuous positive airway pressure (CPAP) in the prevention of cardiovascular events in patients with obstructive sleep apnea: Systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, [S. l.], v. 52, n. 101312, 2020. DOI: 10.1016/j.smrv.2020.101312. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1087079220300551>.

LEGENDRE, Maxime; BÉGIN, Catherine. Group therapy to reduce maladaptive eating behaviors in people with overweight or obesity: Does food addiction impact the treatment response? **Eating Behaviors**, [S. l.], v. 49, 2023. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2023.101720. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147101532300020X>.

LIPSCHITZ, DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 55–67, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/>.

LOPES, Tássia do Vale Cardoso; BORBA, Matheus Eduardo; LOPES, Raíssa do Vale Cardoso; FISBERG, Regina Mara; LEMOS PAIM, Samantha; VASCONCELOS TEODORO, Vinicius; ZALCMAN ZIMBERG, Ioná; CRISPIM, Cibele Aparecida. Eating Late Negatively Affects Sleep Pattern and Apnea Severity in Individuals With Sleep Apnea. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, [S. l.], v. 15, n. 03, p. 383–392, 2019. DOI: 10.5664/jcsm.7658. Disponível em: <http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.7658>.

LUCCHETTI, Giancarlo; GRANERO LUCCHETTI, Alessandra Lamas; PERES, Mario F.; LEÃO, Frederico C.; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; KOENIG, Harold G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 579–586, 2012. DOI: 10.1007/s10943-010-9429-5. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-010-9429-5>.

MARTINEZ, Edson Zangiacomini; ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte De. Propriedades da Escala de Religiosidade de Duke em uma amostra de pós-graduandos. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S. l.], v. 39, n. 5, p. 180–

180, 2012. DOI: 10.1590/S0101-60832012000500007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000500007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

MEHR, Jacqueline B.; MITCHISON, Deborah; BOWREY, Hannah E.; JAMES, Morgan H. Sleep dysregulation in binge eating disorder and “food addiction”: the orexin (hypocretin) system as a potential neurobiological link. *Neuropsychopharmacology*, [S. l.], v. 46, n. 12, p. 2051–2061, 2021. DOI: 10.1038/s41386-021-01052-z. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41386-021-01052-z>.

MICHOPOULOU, Eleni; JAUNIŠKIS, Pijus. Exploring the relationship between food and spirituality: A literature review. *International Journal of Hospitality Management*, [S. l.], v. 87, 2020. DOI: 10.1016/j.ijhm.2020.102494. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278431920300463>.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PERES, Mário F.; ALOE, Flávio; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 31–32, 2008. DOI: 10.1590/S0101-60832008000100006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

MOSQUEIRO, Bruno Paz; CALDIERARO, Marco Antônio; MESSINGER, Mateus; DA COSTA, Felipe Bauer Pinto; PETEET, John R.; P FLECK, Marcelo. Religiosity, spirituality, suicide risk and remission of depressive symptoms: a 6-month prospective study of tertiary care Brazilian patients. *Journal of Affective Disorders*, [S. l.], v. 279, p. 434–442, 2021. DOI: 10.1016/j.jad.2020.10.028. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503272032872X>.

MYLLYLÄ, Minna; KURKI, Samu; ANTTALAINEN, Ulla; SAARES RANTA, Tarja; LAITINEN, Tarja. High Adherence to CPAP Treatment Does Not Prevent the Continuation of Weight Gain among Severely Obese OSAS Patients. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 519–528, 2016. DOI: 10.5664/jcsm.5680. Disponível em: <http://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.5680>.

NATACCI, Lara Cristiane; FERREIRA JÚNIOR, Mario. The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, [S. l.], v. 24, n. 3, p. 383–394, 2011. DOI: 10.1590/S1415-52732011000300002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000300002&lng=pt&tlng=pt.

O'CALLAGHAN, Clare; SEAH, Davinia; CLAYTON, Josephine M.; WELZ, Martina; KISSANE, David; GEORGOUSOPOULOU, Ekavi N.; MICHAEL, Natasha. Palliative Caregivers' Spirituality, Views About Spiritual Care, and Associations With Spiritual Well-Being: A Mixed Methods Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, [S. l.], v. 37, n. 4, p. 305–313, 2020. DOI: 10.1177/1049909119877351. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909119877351>.

PANZINI, Raquel Gehrke; MAGANHA, Camila; ROCHA, Neusa Sica Da; BANDEIRA, Denise Ruschel; FLECK, Marcelo P. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 45, n. 1, p. 153–165, 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102011000100018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100018&lng=pt&tlng=pt.

PEDROSO, Bruno; PILATTI, Luiz Alberto; GUTIERREZ, Gustavo Luis; SANTOS, Celso Bilynkievycz Dos; PICININ, Claudia Tania. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. **Conexões**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 130–156, 2011. DOI: 10.20396/conex.v9i1.8637717. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637717>.

PFEIFFER, Jane; LI, Hong; MARTEZ, Maybelline; GILLESPIE, Tim. The Role of Religious Behavior in Health Self-Management: A Community-Based Participatory Research Study. **Religions**, [S. l.], v. 9, n. 11, 2018. DOI: 10.3390/rel9110357. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/9/11/357>.

PINTO, José; RIBEIRO, Davi; CAVALLINI, Andre; DUARTE, Caue; FREITAS, Gabriel. Comorbidities Associated with Obstructive Sleep Apnea: a Retrospective Study. **International Archives of Otorhinolaryngology**, [S. l.], v. 20, n. 02, p. 145–150, 2016. DOI: 10.1055/s-0036-1579546. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0036-1579546>.

RIACHY, Moussa; NAJEM, Samer; ISKANDAR, Mirella; CHOUCAIR, Jad; IBRAHIM, Ihab; JUVELIKIAN, Georges. Factors predicting CPAP adherence in obstructive sleep apnea syndrome. **Sleep and Breathing**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 295–302, 2017. DOI: 10.1007/s11325-016-1408-y. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11325-016-1408-y>.

SEALE, J. Paul; FIFIELD, Judith; DAVIS-SMITH, Y. Monique; SATTERFIELD, Rebecca; THOMAS, Joy Goens; COLE, Bonnie; ATKINSON, Mark J.; BOLTRI, John Mark. Developing culturally congruent weight maintenance programs for African American church members. **Ethnicity & Health**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 152–167, 2013. DOI: 10.1080/13557858.2012.708914. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13557858.2012.708914>.

TAUNAY, Tauily Claussen D’Escragnolle; GONDIM, Francisco de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; GURGEL, Luciana de Araújo; ANDRADE, Loraine Maria Silva; CARVALHO, André Ferrer. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S. l.], v. 39, n. 4, p. 130–135, 2012. DOI: 10.1590/S0101-60832012000400003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

TIMKOVA, Vladimira; NAGYOVA, Iveta; REIJNEVELD, Sijmen A.; TKACOVA, Ruzena; VAN DIJK, Jitse P.; BÜLTMANN, Ute. Quality of life of obstructive sleep apnoea patients receiving continuous positive airway pressure treatment: A systematic review and meta-analysis. **Heart & Lung**, [S. l.], v. 49, n. 1, p. 10–24, 2020. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2019.10.004. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014795631930514X>.

TUOMILEHTO, Henri; SEPPÄ, Juha; UUSITUPA, Matti. Obesity and obstructive sleep apnea – Clinical significance of weight loss. **Sleep Medicine Reviews**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. 321–329, 2013. DOI: 10.1016/j.smrv.2012.08.002. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1087079212000974>.

WILLIAMS, Joshua A.; MELTZER, David; ARORA, Vineet; CHUNG, Grace; CURLIN, Farr A. Attention to Inpatients' Religious and Spiritual Concerns: Predictors and Association with Patient Satisfaction. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 26, n. 11, p. 1265–1271, 2011. DOI: 10.1007/s11606-011-1781-y. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-011-1781-y>.

WATACH, Alexa J.; HWANG, Dennis; SAWYER, Amy M. Personalized and patient-centered strategies to improve positive airway pressure adherence in patients with obstructive sleep apnea. **Patient Preference and Adherence**, [S. l.], v. 15, p. 1557–1570, 2021. DOI: 10.2147/PPA.S264927.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use of and interpretation of anthropometry. **Geneva. Report of a WHO Expert Committee**, [S. l.], p. 463, 1995.

ZERÓN-RUGERIO, María Fernanda; DOBLAS-FAXEDA, Sara; DIEZ-HERNÁNDEZ, María; IZQUIERDO-PULIDO, Maria. Are Emotional Eating and Other Eating Behaviors the Missing Link in the Relationship between Inadequate Sleep and Obesity? A Systematic Review. **Nutrients**, [S. l.], v. 15, n. 10, 2023. DOI: 10.3390/nu15102286. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/15/10/2286>.

ARTIGO 2 - BEM-ESTAR ESPIRITUAL E ADESÃO AO CPAP EM SUJEITOS COM APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO MODERADA A GRAVE APÓS INTERVENÇÃO BASEADA EM ORAÇÃO E DESFECHOS ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA

Versão Preliminar, uma vez que conforme o estilo do periódico escolhido, o conselho editorial poderá sugerir alterações. Elaborado de acordo com a NBR 6022.

RESUMO

A adesão à terapia com *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) impacta positivamente a qualidade de vida de sujeitos com Apneia Obstrutiva do Sono (AOS). No entanto, a adesão ao equipamento tende a ser baixa. Intervenções relacionadas a aspectos espirituais podem favorecer a adesão ao tratamento e qualidade de vida em condições crônicas de saúde. O objetivo do presente estudo foi determinar o impacto de intervenção espiritual, em detrimento de grupo comparativo, sobre a adesão ao CPAP e o bem-estar espiritual em sujeitos com AOS moderada a grave residentes em um Município do Sul de Minas Gerais. Assim como, investigar a associação entre adesão ao CPAP e bem-estar espiritual com a qualidade de vida, no momento pós-intervenção. Foram recrutados sujeitos com AOS moderada a grave do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e Ventilação Mecânica do Município. Para intervenção espiritual foi utilizada oração baseada no Salmo 23, com a música “Watermark” como fundo musical. No grupo comparativo foi utilizado áudio baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira; ambas as intervenções totalizaram seis visitas domiciliares. Características sociais, demográficas, religiosas e antropométricas foram investigadas no momento pré-intervenção. O bem-estar espiritual foi avaliado pelo *Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp). A adesão ao CPAP foi avaliada por meio do sistema de telemonitoramento *AirView™*. Os participantes foram divididos em dois grupos: boa adesão ao CPAP (≥ 4 horas por noite) e baixa adesão (< 4 horas por noite). O *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF) foi utilizado para investigar qualidade de vida. Teste-t de amostras independentes, Qui-quadrado, Correlação de Spearman, McNemar e teste-t de amostras em pares foram realizados no SPSS, $p < 0,05$ foi adotado. Participaram do estudo 62 indivíduos com média de idade igual a $59,3 \pm 11,0$ anos, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Não houve aumento significativo da adesão ao CPAP no momento pós-intervenção em ambos os grupos ($p > 0,05$). No entanto, em termos percentuais, houve manutenção da boa adesão tanto no grupo intervenção espiritual (71,0%) quanto no grupo comparativo (54,8%). Ademais, aumento do bem-estar espiritual, quando comparado os momentos pré e pós-intervenção, foi observado tanto no grupo intervenção espiritual [$38,2 \pm 6,1$ vs $42,3 \pm 5,1$, $p = 0,01$] quanto no grupo comparativo [$35,4 \pm 7,5$ vs $38,5 \pm 6,5$, $p = 0,02$]. A adesão ao CPAP não se associou a qualidade de vida ($p > 0,05$). No entanto, maior bem-estar espiritual esteve associado à maior qualidade de vida nos domínios físico ($p = 0,03$), psicológico ($p < 0,01$) e meio ambiente ($p < 0,01$). Em conclusão, ambas as intervenções, oração e Guia Alimentar, foram efetivas na manutenção da adesão ao CPAP, promoção de maior bem-estar espiritual e, conseqüente, maior qualidade de vida em sujeitos com AOS moderada a grave, representando a importância do cuidado holístico oferecido a esses sujeitos.

Palavras-chave: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas. Espiritualidade. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Promoção da Saúde. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Adherence to Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) therapy positively impacts the quality of life of subjects with Obstructive Sleep Apnea (OSA). However, adherence to the equipment tends to be low. Interventions related to spiritual aspects can promote adherence to treatment and quality of life in chronic health conditions. The objective of the present study was to determine the impact of spiritual intervention, rather than a comparative group, on adherence to CPAP and spiritual well-being in subjects with moderate to severe OSA living in a municipality in the south of Minas Gerais. As well as, investigate the association between adherence to CPAP and spiritual well-being with quality of life, post-intervention. Subjects with moderate to severe OSA were recruited from the Municipality's Home Oxygen Therapy and Mechanical Ventilation Program. For spiritual intervention, prayer based on Psalm 23 was used, with the song "Watermark" as background music. In the comparative group, audio based on the Food Guide for the Brazilian Population was used; both interventions totaled six home visits. Social, demographic, religious and anthropometric characteristics were investigated pre-intervention. Spiritual well-being was assessed by the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-Sp). CPAP adherence was assessed using the AirView™ telemonitoring system. Participants were divided into two groups: good adherence to CPAP (≥ 4 hours per night) and low adherence (< 4 hours per night). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) was used to investigate quality of life. Independent samples t-test, Chi-square, Spearman Correlation, McNemar and paired samples t-test were performed in SPSS, $p < 0.05$ was adopted. 62 individuals participated in the study with a mean age of 59.3 ± 11.0 years, 50% female and 50% male. There was no significant increase in CPAP adherence post-intervention in both groups ($p > 0.05$). However, in percentage terms, good adherence was maintained both in the spiritual intervention group (71.0%) and in the comparative group (54.8%). Furthermore, an increase in spiritual well-being, when comparing the pre- and post-intervention moments, was observed both in the spiritual intervention group [38.2 ± 6.1 vs 42.3 ± 5.1 , $p = 0.01$] and in the comparative group [35.4 ± 7.5 vs 38.5 ± 6.5 , $p = 0.02$]. Adherence to CPAP was not associated with quality of life ($p > 0.05$). However, greater spiritual well-being was associated with greater quality of life in the physical ($p = 0.03$), psychological ($p < 0.01$) and environmental ($p < 0.01$) domains. In conclusion, both interventions, prayer and Food Guide, were effective in maintaining adherence to CPAP, promoting greater spiritual well-being and, consequently, greater quality of life in subjects with moderate to severe OSA, representing the importance of holistic care offered to these subjects.

Keywords: Continuous Positive Airway Pressure. Spirituality. Treatment Adherence and Compliance. Health Promotion. Quality of Life.

1 INTRODUÇÃO

A apneia obstrutiva do sono (AOS) é um importante distúrbio respiratório do sono, cuja prevalência vem aumentando nos últimos anos no Brasil e no mundo (BENJAFIELD et al., 2019; DUARTE et al., 2022). O *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) é o principal tratamento para pessoas com AOS moderada a grave (SANDS; EDWARDS, 2023), pois seu uso frequente corrige eventos respiratórios obstrutivos e melhora as dessaturações de oxigênio, contribuindo para correção da sonolência diurna excessiva, a qual impacta diretamente sobre a função cognitiva, humor e estado funcional dos sujeitos (PATAKA et al., 2023; WEAVER, 2019). Nessa perspectiva, a adesão ao CPAP parece estar associada a mudanças positivas na qualidade de vida de sujeitos com AOS (VENKATNARAYAN et al., 2021).

No entanto, apesar da elevada resolubilidade do CPAP, adesão suficiente ao equipamento foi encontrada apenas em pouco mais de 50% dos sujeitos com AOS (GENZOR et al., 2022). Como consequência, as baixas taxas de adesão ao equipamento limitam os benefícios clínicos da terapia (BAKKER et al., 2016) e se associam fortemente a sonolência diurna excessiva, menor qualidade de vida (LYNCH et al., 2019), aumento do risco de acidentes automobilísticos (BURKS et al., 2016) e mortalidade (PALM et al., 2018). Ainda, quando não tratada, a AOS está associada a maior ocorrência de depressão e ansiedade nesses sujeitos (LISAN et al., 2019).

A adesão insuficiente ao equipamento pode ser influenciada por diversos fatores, como efeitos colaterais a terapia, aspectos cognitivos e psicológicos, além de crenças, conhecimento, educação, motivação, disposição e atitudes dos sujeitos com AOS (BROSTRÖM et al., 2018; ENGLEMAN; WILD, 2003). Desse modo, os cuidados em saúde direcionados aos sujeitos com AOS não podem ser ofertados de modo fragmentado, sem considerar o indivíduo de forma integral e as diferentes variantes que compõem a qualidade de vida (VIEIRA et al., 2023). De fato, vale evidenciar que a adoção de abordagens de saúde holística tornou o aspecto espiritual fundamental no gerenciamento eficaz das doenças (YILMAZ; KARA, 2021).

A implementação de assistência que compreenda o desenvolvimento espiritual pode contribuir diante das doenças que causam sofrimento ao ser humano (BRASILEIRO et al., 2017) por colaborar para melhor saúde mental, qualidade de vida e resposta adequada ao tratamento (KOENIG, 2012). De fato, estudos prévios demonstraram que o maior bem-estar espiritual está associado a melhor qualidade de vida em sujeitos com diferentes condições de

saúde (BAI; LAZENBY, 2015; PILGER et al., 2017; ZARE et al., 2019). Além de proporcionar maior adesão ao tratamento, caracterizado pela maior aderência do sujeito ao uso do medicamento (GÜLTEKIN; KAVAK BUDAK, 2022; HELVACI; IZGU; OZDEMIR, 2020).

Tanto a espiritualidade, a qual envolve a transcendência e conexão com o universo ou Deus (PHENWAN; PEERAWONG; TULATHAMKIJ, 2019), quanto o bem-estar espiritual, sentimento de propósito de vida, paz interior e harmonia proporcionado pela espiritualidade (CHENG et al., 2023), podem coordenar as dimensões física, mental e social e criar uma força integrada entre corpo e mente fazendo com que o indivíduo busque sentido da vida no momento das doenças (JAVANMARDIFARD et al., 2020).

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi determinar o impacto de intervenção espiritual, em detrimento de grupo comparativo, sobre a adesão ao CPAP e o bem-estar espiritual em sujeitos com AOS moderada a grave residentes em um Município do Sul de Minas Gerais. Assim como, investigar a associação entre adesão ao CPAP e bem-estar espiritual com a qualidade de vida, no momento pós-intervenção.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo quantitativo, prospectivo e transversal, o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras e aprovado sob parecer: 5.032.403. A pesquisa foi realizada no Município de Lavras-MG no período de março a dezembro de 2022.

O período total da intervenção, considerando o atendimento a todos os participantes incluídos na pesquisa foi compreendido entre junho a setembro de 2022. Cada participante recebeu 6 visitas domiciliares por uma profissional enfermeira, 3 vezes por semana em dias alternados, cada qual com duração de 10 minutos para aplicação da intervenção individual, totalizando, de modo individual, 2 semanas de intervenção.

Os participantes foram recrutados por meio de levantamento de usuários cadastrados no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar e Ventilação Mecânica (POD) na cidade de Lavras, Minas Gerais. Foram incluídos na pesquisa sujeitos com diagnóstico de AOS moderada a grave, em uso do CPAP há pelo menos três meses. Foram excluídos aqueles com apneia central do sono, distúrbios cognitivos ou psiquiátricos associados à dificuldade de compreender informações sobre os questionários. Os critérios de elegibilidade foram confirmados por meio da análise de exames de polissonografia, que confirmaram o diagnóstico de AOS.

Do total de sujeitos ativos no POD, 80 sujeitos atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Destes, 18 recusaram participar da pesquisa, restando 62 participantes na pesquisa. Todos os participantes concordaram voluntariamente em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2 Randomização

Os participantes foram randomizados aleatoriamente para dois grupos: (1) intervenção espiritual e (2) grupo comparativo. O processo de randomização foi realizado por meio do software *Research Randomizer* (versão 4.0), disponível online para *download* (<https://www.randomizer.org/about/>).

Para ambos os grupos, as intervenções foram realizadas mediante agendamento de visita junto ao participante, dado a necessidade de que o mesmo tivesse tempo hábil para se

posicionar de forma confortável e em local silencioso e privativo. Em adendo, antes do início da intervenção em si, os participantes de ambos os grupos receberam folder educativo sobre a AOS e uso do equipamento CPAP (Material Suplementar 1).

2.3 Grupo Intervenção Espiritual

No grupo de abordagem espiritual, a intervenção consistiu em oração com fundo musical. A oração foi baseada no Salmo 23, por representar a manutenção da fé, confiança e esperança diante das adversidades enfrentadas (RIBEIRO, 2019). Além disso, a música foi utilizada, pois, além de provocar sentimentos, envolve e motiva as pessoas a se conectarem com si mesmas e com os outros, promovendo o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos (HANSER; MANDEL, 2005; ZANINI et al., 2009). Há evidências crescentes de que a musicoterapia pode reduzir a frequência cardíaca, pressão arterial e hormônios relacionados ao estresse, assim como, promove respostas psicológicas como a diminuição da ansiedade e o aumento do relaxamento (WITTE et al., 2020). Foi utilizada a música instrumental intitulada “*Watermark*” by Enya, selecionada por ser capaz de modular conforto e bem-estar (BALAJI, 2021; ENYA, 1998) (Figura 1).

Figura 1 - QR Code do áudio da oração.



Fonte: Do Autor (2023).

2.4 Grupo Comparativo

Para o delineamento metodológico do grupo comparativo foi considerada a importância da alimentação no tratamento da AOS, no que se refere à redução da gravidade da doença e comorbidades a ela associadas (CARNEIRO-BARRERA et al., 2019). Trata-se de intervenção de caráter não espiritual, mas que também pode favorecer o bem-estar da pessoa por possibilitar melhora na classificação da gravidade da doença (IGELSTRÖM et al., 2018).

Para tal, foi realizada aplicação da escuta sobre os “10 Passos para uma Alimentação Saudável” embasado no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). Para a escolha do áudio, pesquisa nos sítios eletrônicos sobre materiais educativos que abordassem o Guia Alimentar foi realizada, sendo identificada a campanha educativa “Alimentação Saudável”, promovida pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), em 2016 (disponível nos links: <https://youtu.be/IKPYQTz1fSA> e <https://youtu.be/vYvHjyOXOEc>, partes um (01) e dois (02), respectivamente). O vídeo foi convertido para o formato de áudio por meio do programa *aTube Catcher*® (Figura 2).

Figura 2 - QR Code com os áudios das intervenções.



Áudio Guia Alimentar-Parte 1



Áudio Guia Alimentar-Parte 2

Fonte: Do Autor (2023).

2.5 Características sociodemográficas

Características sociais e demográficas, como idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda; religiosa e antropométrica, como IMC foram investigadas no momento pré-intervenção.

2.6 Bem-estar espiritual

O bem-estar espiritual foi avaliado pelo *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp Versão 4). Trata-se de questionário traduzido linguisticamente em diferentes idiomas pela metodologia FACIT (consulte www.facit.org para obter uma lista atualizada sobre a disponibilidade de idiomas). Inclusive a versão traduzida para o português foi validada em pacientes psiquiátricos brasileiros internados, com boas propriedades psicométricas (LUCCHETTI et al., 2015).

Esta escala é constituída por 12 itens que se referem ao período recordatório de sete dias. O número de dimensões do questionário ainda é controverso. A forte correlação entre

Significado e Paz sugere que o FACIT-Sp avalia dois fatores (Significado/Paz e Fé), enquanto que outros estudos sugerem que o modelo de três fatores (Significado, Paz e Fé) provavelmente fornecerá informações mais específicas (BREDLE et al., 2011; LUCCHETTI et al., 2015; MURPHY et al., 2010). Desse modo, no presente estudo considerou-se apenas a investigação do escore global.

As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de concordância de *Likert* de cinco pontos (0 - nem um pouco até 4 - muitíssimo). A pontuação de cada subescala é obtida pela soma dos itens que a compõe, multiplicada pelo número de itens na subescala e, em seguida, dividida pelo número de itens respondidos. Em adendo, dois itens são declarados negativamente e devem ser codificados de forma reversa. A pontuação global é obtida pela soma das pontuações de cada subescala, com pontuação variando entre zero (0) e 48 pontos. Valores mais elevados traduzem melhor bem-estar espiritual (PEREIRA; SANTOS, 2011). O questionário foi aplicado tanto no momento pré quanto no momento pós-intervenção.

2.7 Adesão ao CPAP

A adesão ao CPAP foi avaliada por meio do sistema de telemonitoramento *AirView*TM, disponível online. Foi também realizado download dos dados do cartão de memória CPAP do participante, que estavam contidos na máquina e registravam informações detalhadas sobre o uso do CPAP, incluindo a porcentagem de noites em que o mesmo foi usado por mais de quatro horas por noite (adesão de conformidade) (KRIBBS et al., 1993).

Para esse estudo foi considerada a média de adesão ao tratamento CPAP de três meses (momento pré-intervenção: março, abril e maio; momento pós-intervenção: outubro, novembro e dezembro de 2023). Aqueles participantes cuja média ilustrava percentual de adesão ao CPAP superior a quatro horas por noite em 70,0% das noites investigadas foram classificados com boa adesão ao CPAP. Aqueles cuja média de uso do CPAP ilustrava adesão inferior a quatro horas por noite em 70,0% das noites foram considerados como baixa adesão (KRIBBS et al., 1993).

2.8 Qualidade de vida

O WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life*) é um questionário composto por 26 questões. Duas delas devem ser interpretadas isoladamente, sendo a pergunta número um (01) sobre percepção da qualidade de vida e a pergunta número dois

sobre satisfação com a saúde. As demais (24 questões) devem ser utilizadas para cálculo dos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

As opções de resposta das questões são apresentadas segundo uma escala de concordância de *Likert* de cinco pontos. As perguntas um (01) e dois apresentam resultado de um (01) a cinco. Os escores dos domínios devem ser calculados por meio da multiplicação da média dos itens que compõem cada faceta por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20. Ademais, os escores dos domínios foram transformados em uma escala de 0 a 100 para possibilitar comparações entre domínios compostos por números desiguais de itens. Para tal, a pontuação obtida foi subtraída pelo número quatro e posteriormente multiplicada pelo valor resultante da divisão de 100 por 16. Vale ressaltar que as questões três, quatro e 26 possuem pontuação reversa e todas as questões tiveram as respostas invertidas antes do cálculo (THE WHOQOL GROUP, 1995, 1998; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

A versão utilizada no presente estudo, aplicada no momento pós-intervenção, foi previamente utilizada na população brasileira (FLECK et al., 2000).

2.9 Análise estatística

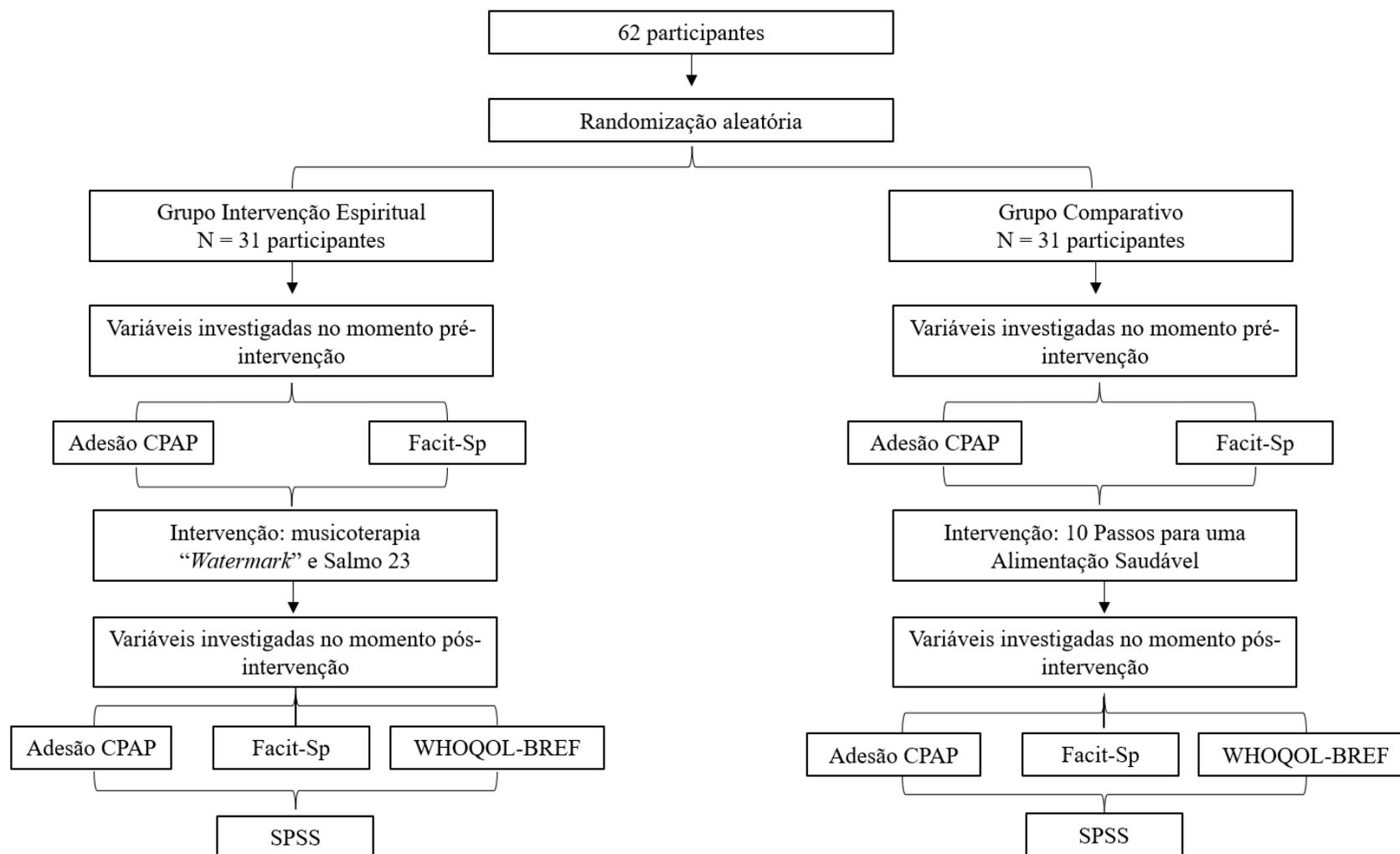
Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0 (*IBM SPSS Statistics for Windows*) para Windows. Para verificar se os dados apresentavam distribuição normal, o teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov foi realizado. Variáveis categóricas foram mostradas como porcentagem e valores absolutos. As variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e intervalos interquartis, segundo a distribuição de normalidade.

Teste-T de amostras independentes foi realizado entre variáveis contínuas e categóricas. Qui-quadrado foi realizado entre variáveis categóricas. Correlação de Spearman foi realizada entre variáveis contínuas. Teste-T de amostras em pares e McNemar foram realizados para comparar a mesma amostra em diferentes momentos, pré e pós-intervenção. O valor limite de 0,05 foi adotado para determinar o nível de significância dos resultados dos testes estatísticos aplicados.

2.10 Fluxograma

Fluxograma das etapas da pesquisa (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma das etapas da pesquisa.



Fonte: Do Autor (2023).

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 62 indivíduos, com média de idade igual a $59,3 \pm 11,0$ anos, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. A maioria dos participantes tinham escolaridade até ensino fundamental completo (56,5%) e renda até 2 salários (50,0%). Não houve diferença significativa entre os grupos intervenção espiritual e grupo comparativo ($p > 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, religiosa e antropométrica dos participantes com Apneia Obstrutiva do Sono moderada a grave residentes em um Município do Sul de Minas Gerais que participaram do estudo.

Variáveis	Total [n = 62]	Grupo intervenção espiritual [n = 31]	Grupo comparativo [n = 31]	p
Idade (anos) ¹	59,3 ± 11,0	58,8 ± 10,0	59,8 ± 12,1	0,73
Sexo (%) ²				
Feminino	50,0 (n = 31)	54,8 (n = 17)	45,2 (n = 14)	0,31
Masculino	50,0 (n = 31)	45,2 (n = 14)	54,8 (n = 17)	
Escolaridade (%) ²				
Até ensino fundamental completo	56,5 (n = 35)	51,4 (n = 18)	48,6 (n = 17)	0,60
Até ensino médio completo	21,0 (n = 13)	38,5 (n = 5)	61,5 (n = 8)	
Ensino superior completo ou mais	22,6 (n = 14)	57,1 (n = 8)	42,9 (n = 6)	
Renda (%) ²				
Até 2 salários	50,0 (n = 31)	41,9 (n = 13)	58,1 (n = 18)	0,40
3 e 4 salários	40,3 (n = 25)	56,0 (n = 14)	44,0 (n = 11)	
Acima de 5 salários	9,7 (n = 6)	66,7 (n = 4)	33,3 (n = 2)	
Religião (%) ²				
Católica	74,2 (n = 46)	50,0 (n = 23)	50,0 (n = 23)	0,49
Espírita	3,2 (n = 2)	0,0 (n = 0)	100,0 (n = 2)	
Evangélica	17,7 (n = 11)	54,5 (n = 6)	45,5 (n = 5)	
Ateu	4,8 (n = 3)	66,7 (n = 2)	33,3 (n = 1)	
IMC (kg/m²) ¹	33,55 ± 6,7	32,4 ± 5,8	34,7 ± 7,4	0,18

¹ Teste-t de amostras independentes

² Qui-quadrado

Fonte: Do Autor (2023).

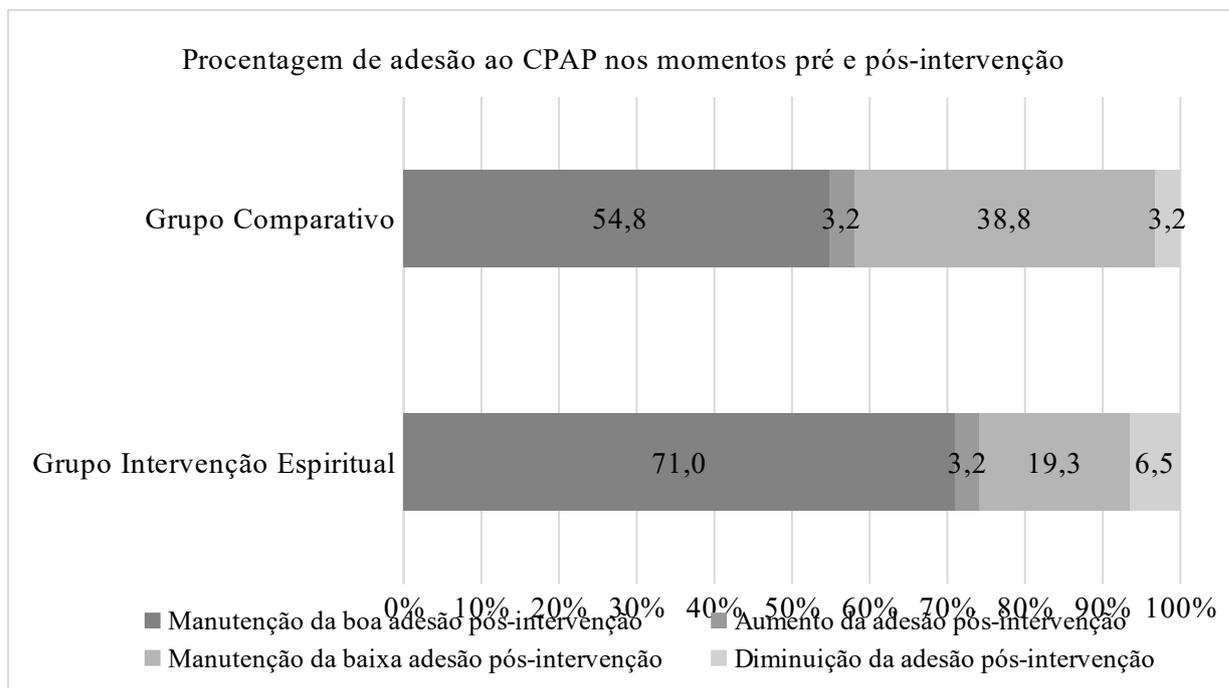
No que se refere à adesão ao CPAP no momento pré-intervenção, do total de participantes incluídos nesse estudo, 67,7% (n = 42) tinham boa adesão ao CPAP. No grupo

intervenção espiritual (77,4%; n = 24) e no grupo comparativo (58,1%; n = 18) a maioria dos participantes tinha boa adesão ao equipamento. Não houve diferença significativa entre os grupos intervenção espiritual e grupo comparativo ($p = 0,17$).

Do total de participantes incluídos nesse estudo, no momento pós-intervenção, 66,1% (n = 41) dos participantes tinham boa adesão ao CPAP, sendo 74,2% (n = 23) dos participantes do grupo intervenção espiritual e 58,1% (n = 18) dos participantes do grupo comparativo.

Comparando os momentos pré e pós-intervenção não houve aumento significativo na adesão ao CPAP em ambos os grupos ($p > 0,05$). No entanto, avaliando a porcentagem de adesão ao equipamento houve manutenção da boa adesão ao CPAP em 71,0% (n = 22) dos participantes do grupo intervenção espiritual e 54,8% (n = 17) dos participantes do grupo comparativo (Figura 4).

Figura 4 – Uso do *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) pelos sujeitos com Apneia Obstrutiva do Sono moderada a grave, comparando os momentos pré e pós-intervenção baseada em oração e em abordagem alimentar.



Fonte: Do Autor (2023).

No momento pré-intervenção os escores globais do FACIT-Sp foram $38,2 \pm 6,1$ no grupo intervenção espiritual e $35,4 \pm 7,5$ no grupo comparativo; não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,11$).

Maiores escores de bem-estar espiritual foram observados quando comparados os momentos pré e pós-intervenção, em ambos os grupos intervenção: grupo intervenção espiritual ($p = 0,01$) e grupo controle ($p = 0,02$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação das intervenções espiritual e abordagens alimentares no bem-estar espiritual de pacientes com Apneia Obstrutiva do Sono moderada a grave.

Grupos	Escore total FACIT-Sp		IC da Diferença de Média (95%)		p
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Limite inferior	Limite superior	
Grupo intervenção espiritual [n = 31]	38,2 ± 6,1	42,3 ± 5,1	1,641	6,423	0,01
Grupo comparativo [n = 31]	35,4 ± 7,5	38,5 ± 6,5	0,555	5,703	0,02

Teste-T de amostras em pares.

Fonte: Do Autor (2023).

A Tabela 3 ilustra a associação entre a adesão ao CPAP e o bem-estar espiritual com a qualidade de vida, no momento pós-intervenção. Não houve diferença significativa nos diferentes domínios de qualidade de vida entre aqueles sujeitos que tinham boa ou baixa adesão ao CPAP ($p > 0,05$). No entanto, maiores escores de bem-estar espiritual estiveram associados à maior qualidade de vida nos domínios físico ($p = 0,03$), psicológico ($p < 0,01$) e meio ambiente ($p < 0,01$).

Tabela 3 – Associação entre adesão ao CPAP e bem-estar espiritual com qualidade de vida em sujeitos Apneia Obstrutiva do Sono moderada a grave, no momento pós-intervenção, na amostra total.

Variáveis [n = 62]	WHOQOL-BREF					
	Percepção da qualidade de vida [4,0 (3,0 – 4,0)]	Satisfação com a saúde [4,0 (2,7 – 4,0)]	Físico [57,1 (46,4 – 68,7)]	Psicológico [75,0 (57,3 – 80,2)]	Social [75,0 (64,6 – 83,3)]	Meio ambiente [68,7 (59,4 – 78,1)]
Adesão ao CPAP¹						
Boa adesão [n = 41]	4,0 (3,0 – 4,0)	4,0 (2,0 – 4,0)	60,7 (46,4 – 69,6)	75,0 (58,3 – 83,3)	75,0 (66,7 – 91,7)	71,7 (60,9 – 78,1)
Baixa adesão [n = 21]	4,0 (3,0 – 4,0)	4,0 (3,0 – 4,0)	57,1 (41,1 – 69,6)	66,7 (45,8 – 77,1)	75,0 (58,3 – 75,0)	65,6 (57,8 – 73,4)
Escore global FACIT-Sp²	0,026	0,152	0,272*	0,455**	0,224	0,335**

¹ Mann-Whitney

² Correlação de Spearman

* p < 0,05

** p < 0,01

Fonte: Do Autor (2023).

4 DISCUSSÃO

Trata-se de estudo pioneiro ao indagar os efeitos de aspectos espirituais na adesão ao CPAP e bem-estar espiritual. Além de investigar a associação entre a adesão ao equipamento e o bem-estar espiritual em um dos desfechos mais importantes do tratamento da AOS, a melhora da qualidade de vida.

Os resultados desse estudo demonstraram que tanto a intervenção espiritual quanto a intervenção Guia Alimentar podem ser consideradas como importantes contribuintes para manutenção da boa adesão ao CPAP, melhora do bem-estar espiritual e, conseqüente, melhora na qualidade de vida no período avaliado. Possivelmente, porque ambas as intervenções envolviam o cuidado holístico do sujeito dentro do lar, concebido como ambiente sagrado pelas famílias (FEYER et al., 2013; GOMES et al., 2013).

O resultado desse estudo corrobora àquele encontrado no estudo de Damjanovic et al. (2009), o qual investigou o efeito do suporte intensivo, incluindo educação e visitas domiciliares mensais por 6 meses, na adesão ao CPAP versus o suporte padrão. Os resultados demonstraram que os sujeitos com suporte intensivo tiveram maior retorno para acompanhamento, uso diário do CPAP e porcentagem de dias utilizados maiores que o grupo de suporte padrão.

Isso porque, ao adentrar à subjetividade do indivíduo, no espaço familiar, o profissional passa a fazer parte do ciclo familiar do sujeito durante o tempo em que o assiste. Esse vínculo é construído pela convivência e contato constante entre profissional-sujeito, permitido pelo tempo emocional, que possibilita a aproximação de ambos a partir da singularidade de cada sujeito, independe do tempo cronológico (DRULLA et al., 2009).

Nessa perspectiva, vale ressaltar que a manutenção da adesão ao CPAP a partir das intervenções espiritual e Guia Alimentar, no presente estudo, se mostrou promissora dado que, ao longo do curso da doença (AOS), pode haver diminuição significativa na taxa de adesão ao CPAP (CHAI-COETZER et al., 2013; RIACHY et al., 2017). De fato, revisão sistemática que investigou 82 estudos sobre adesão ao CPAP em um período de 20 anos verificou que a taxa global de não adesão ao equipamento e interrupção do tratamento foi de 34,1% e 11,0%, respectivamente (ROTENBERG; MURARIU; PANG, 2016).

Desse modo, estratégias educacionais para promover a adesão ao CPAP, centradas nas necessidades individuais e compreensão das crenças, expectativas e prontidão dos sujeitos, são descritas como promissoras para manutenção do uso adequado do equipamento em longo prazo (WATACH; HWANG; SAMYER, 2021). Portanto, demanda que os profissionais de

saúde utilizem abordagens de cuidado focadas na individualidade e exerçam um olhar ampliado, como a escuta atenta, qualificada e abrangente, com respeito às preferências e autonomia dos sujeitos (GAZZINELLI et al., 2005).

Ademais, as condições crônicas de saúde podem ter consequências espirituais críticas. Sujeitos com condições crônicas podem apresentar nível de bem-estar espiritual relativamente baixo (CHENG et al., 2023), sendo recomendado que os mesmos considerem programas de intervenção espiritual como aspecto de saúde (TIRGARI et al., 2022). No presente estudo, contrário ao resultado relatado por Cheng et al. (2023), escores moderados de bem-estar espiritual foram observados.

Estudos prévios relataram associação entre religião / fé e bem-estar espiritual (KOLJACK et al., 2022; O'CALLAGHAN et al., 2020). Inclusive, no estudo de Peres et al. (2018) os participantes religiosos encontraram maior significado e paz do que os participantes não religiosos. Desse modo, possivelmente escores moderados de bem-estar espiritual foram observados no presente estudo, uma vez que a maioria dos participantes incluídos relatou possuir uma crença / religião.

Além disso, na pesquisa realizada, as intervenções proporcionaram desfecho positivo quanto ao aumento significativo do bem-estar espiritual nos sujeitos com AOS moderada a grave, com associação positiva na qualidade de vida. Nesse mesmo sentido, estudo que objetivou investigar como diferentes níveis de espiritualidade e religiosidade estavam associados à qualidade de vida demonstrou que participantes com alta espiritualidade e alta religiosidade tiveram maiores pontuações nos domínios psicológico, relacionamento social e meio ambiente do WHOQOL-BREF (VITORINO et al., 2018).

Em sujeitos com AOS, a qualidade do sono, sonolência diurna e sintomas depressivos estão negativamente associados à qualidade de vida física e/ou mental (LEE et al., 2016). No estudo em questão, o bem-estar espiritual esteve associado a maiores escores nos domínios físicos, psicológicos e meio ambiente; os quais abordam, justamente, itens relacionados à qualidade do sono, sonolência diurna e, conseqüente, segurança física e proteção, além de aspectos relacionados a sentimentos negativos.

Em suma, acredita-se que a religiosidade e a espiritualidade se associam a melhor qualidade de vida, pois favorecem o desenvolvimento de mecanismos intrínsecos e extrínsecos que ajudam os sujeitos a enfrentarem as adversidades da vida (VITORINO et al., 2018), fornecendo um contexto motivacional para que os mesmos ganhem esperança e significado no processo de enfrentamento da doença (LIU et al., 2023; SHI et al., 2023). Religiosidade e espiritualidade se relacionam ao melhor funcionamento físico, mental e

emocional, com melhora da autoestima, emoções positivas e promoção de práticas de autocuidado em condições crônicas de saúde (ABU et al., 2018).

O presente estudo possui algumas limitações. O uso de amostra de conveniência pode restringir a generalização dos achados fora do estudo. Além disso, é importante ressaltar que antes mesmo das intervenções, os participantes incluídos no presente estudo possuíam, majoritariamente, boa adesão ao CPAP, aproximadamente 70,0% da amostra. De fato, o POD do Município em questão, durante a disponibilização do equipamento CPAP realiza contato inicial entre o profissional provedor do CPAP e os sujeitos com AOS, fornecendo orientação prévia sobre a utilização do equipamento e o distúrbio do sono, além de receberem frequentes visitas domiciliares. Nesse sentido, a prestação de cuidados iniciais oferecida pelo Município pode justificar a boa adesão ao tratamento com CPAP dos participantes desse estudo. Assim, estudos futuros com adultos com AOS, especialmente aqueles com baixa adesão ao equipamento, podem ser necessários para corroborar os resultados encontrados nesse estudo.

As limitações em nada diminuem a contribuição do presente estudo quanto a comprovação do quão importante se faz o cuidado holístico dos sujeitos com AOS na adesão ao equipamento CPAP e melhora da qualidade de vida, independente da intervenção utilizada. Esses resultados demonstram que a prática clínica dos profissionais de saúde deve considerar não somente a oferta do equipamento, mas subsídios de enfermagem para a melhoria do uso e dos resultados do CPAP em pacientes com AOS. Como demonstrado no estudo de Zhou et al. (2015), em que, nos sujeitos com AOS, o uso de CPAP e a qualidade de vida podem ser melhorados por meio de programa intensivo conduzido por profissionais da saúde.

Trata-se de estudo pioneiro ao investigar a associação entre aspectos espirituais, adesão ao CPAP e qualidade de vida em sujeitos com AOS. Desse modo, o presente trabalho pode impulsionar novas pesquisas na área, as quais são necessárias para investigar resultados associados à aplicação de intervenções espirituais, propostas por profissionais de saúde em curto, médio e longo prazo, nos resultados de saúde de sujeitos com AOS.

5 CONCLUSÃO

Ambas as intervenções, oração e Guia Alimentar, foram efetivas na manutenção da adesão ao CPAP e promoção de maior bem-estar espiritual em sujeitos com AOS moderada a grave. Estando o maior bem-estar espiritual associado à maior qualidade de vida, representando a importância do cuidado oferecido a esses sujeitos.

A tendência de a oração ser mais efetiva na manutenção da adesão ao CPAP demonstra a necessidade de estudos futuros investigarem os desfechos associados a prática da oração, especialmente em sujeitos com AOS e baixa adesão ao CPAP.

REFERÊNCIAS

ABU, Hawa O.; ULBRICHT, Christine; DING, Eric; ALLISON, Jeroan J.; SALMOIRAGIO-BLOTCHER, Elena; GOLDBERG, Robert J.; KIEFE, Catarina I. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. **Quality of Life Research**, [S. l.], v. 27, n. 11, p. 2777–2797, 2018. DOI: 10.1007/s11136-018-1906-4. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-018-1906-4>.

BAI, Mei; LAZENBY, Mark. A Systematic Review of Associations between Spiritual Well-Being and Quality of Life at the Scale and Factor Levels in Studies among Patients with Cancer. **Journal of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 286–298, 2015. DOI: 10.1089/jpm.2014.0189. Disponível em: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2014.0189>.

BAKKER, Jessie P. et al. Motivational Enhancement for Increasing Adherence to CPAP A Randomized Controlled Trial. **CHEST**, [S. l.], v. 150, n. 2, p. 337–345, 2016. DOI: 10.1016/j.chest.2016.03.019.

BALAJI, Sri Harini. **Stress Regulation using Music based Feedback Control**. 2021. 48 p. Tese (Mestrado) - Ohio State University, 2021. Disponível em: http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=osu162639092889375.

BENJAFIELD, Adam V et al. Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. **The Lancet Respiratory Medicine**, [S. l.], v. 7, n. 8, p. 687–698, 2019. DOI: 10.1016/S2213-2600(19)30198-5. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213260019301985>.

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view. Acesso em: 15 maio. 2023.

BRASILEIRO, Thaila Oliveira Zatiti; PRADO, Andressa Anunciação de Oliveira; ASSIS, Bianca Bacelar De; NOGUEIRA, Denismar Alves; LIMA, Rogério Silva; CHAVES, Erika de Cassia Lopes. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 51, 2017. DOI: 10.1590/s1980-220x2016024603236. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100434&lng=en&tlng=en.

BREDLE, Jason M.; SALSMAN, John M.; DEBB, Scott M.; ARNOLD, Benjamin J.; CELLA, David. Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). **Religions**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 77–94, 2011. DOI: 10.3390/rel2010077. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2077-1444/2/1/77>.

BROSTRÖM, Anders; PAKPOUR, Amir H.; NILSEN, Per; GARDNER, Benjamin; ULANDER, Martin. Promoting CPAP adherence in clinical practice: A survey of Swedish and Norwegian CPAP practitioners' beliefs and practices. **Journal of Sleep Research**, [S. l.], v. 27, n. 6, 2018. DOI: 10.1111/jsr.12675. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jsr.12675>.

BURKS, Stephen V. et al. Nonadherence with Employer-Mandated Sleep Apnea Treatment and Increased Risk of Serious Truck Crashes. **Sleep**, [S. l.], v. 39, n. 5, p. 967–975, 2016. DOI: 10.5665/sleep.5734. Disponível em: <https://academic.oup.com/sleep/article-lookup/doi/10.5665/sleep.5734>.

CARNEIRO-BARRERA, Almudena; DÍAZ-ROMÁN, Amparo; GUILLÉN-RIQUELME, Alejandro; BUELA-CASAL, Gualberto. Weight loss and lifestyle interventions for obstructive sleep apnoea in adults: Systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, [S. l.], v. 20, n. 5, p. 750–762, 2019. DOI: 10.1111/obr.12824. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12824>.

CHAI-COETZER, Ching Li et al. Predictors of Long-Term Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Therapy in Patients with Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease in the SAVE Study. **Sleep**, [S. l.], v. 36, n. 12, p. 1929–1937, 2013. DOI: 10.5665/sleep.3232. Disponível em: <https://academic.oup.com/sleep/article/36/12/1929/2709418>.

CHENG, Qinqin; LU, Wen; DUAN, Yinglong; LI, Juan; XIE, Jianfei; CHEN, Yongyi. Spiritual well-being and its association with hope and meaning in life among gastrointestinal cancer patients: a cross-sectional study. **Supportive Care in Cancer**, [S. l.], v. 31, n. 4, 2023. DOI: 10.1007/s00520-023-07696-5. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00520-023-07696-5>.

DAMJANOVIC, D.; FLUCK, A.; BREMER, H.; MULLER-QUERNHEIM, J.; IDZKO, M.; SORICHTER, S. Compliance in sleep apnoea therapy: influence of home care support and pressure mode. **European Respiratory Journal**, [S. l.], v. 33, n. 4, p. 804–811, 2009. DOI: 10.1183/09031936.00023408. Disponível em: <http://erj.ersjournals.com/cgi/doi/10.1183/09031936.00023408>.

DRULLA, Arlete da Guia; ALEXANDRE, Ana Maria Cosvoski; RUBEL, Fernanda Izumi; MAZZA, Verônica de Azevedo. A Visita Domiciliar como ferramenta ao Cuidado Familiar. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 14, n. 4, p. 667–674, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648977012>.

DUARTE, Ricardo Luiz de Menezes et al. Brazilian Thoracic Association Consensus on Sleep-disordered Breathing. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S. l.], v. 48, n. 4, p. 1–26, 2022. DOI: 10.36416/abnt1806-3756/e20220106.

ENGLEMAN, Heather M.; WILD, Matt R. Improving CPAP use by patients with the sleep apnoea/hypopnoea syndrome (SAHS). **Sleep Medicine Reviews**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 81–99, 2003. DOI: 10.1053/smr.v.2001.0197.

ENYA. Watermark. Nova Iorque: Warner Music: 1988.

FEYER, Iara Simoni Silveira; MONTICELLI, Marisa; BOEHS, Astrid Eggert; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino Dos. Rituais de cuidado realizados pelas famílias na preparação para a vivência do parto domiciliar planejado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 66, n. 6, p. 879–886, 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000600011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600011&lng=pt&tlng=pt.

FLECK, Marcelo PA; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000. DOI: 10.1590/S0034-89102000000200012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=pt&tlng=pt.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; DOS REIS, D. C.; PENNA, C. M. de M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saude Publica**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 200–206, 2005. DOI: 10.1590/s1981-77462014000100008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100022>.

GENZOR, Samuel; PRASKO, Jan; VANEK, Jakub; ASSWAD, Amjad Ghazal; NADJARPOUR, Shayan; SOVA, Milan. Adherence of obstructive sleep apnoea syndrome patients to positive airway pressure therapy - 10-year follow-up. **Biomedical Papers**, [S. l.], v. 166, n. 4, p. 441–446, 2022. DOI: 10.5507/bp.2021.041. Disponível em: <http://biomed.papers.upol.cz/doi/10.5507/bp.2021.041.html>.

GOMES, Ingrid Meireles; SILVA, Daniel Ignacio Da; LACERDA, Maria Ribeiro; MAZZA, Veronica de Azevedo; MEIER, Marineli Joaquim; MERCES, Nen Nalu Alves Das. Teoria do cuidado transpessoal de jean watson no cuidado domiciliar de enfermagem a criança: uma reflexao. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 555–561, 2013. DOI: 10.1590/S1414-81452013000300021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520130003000555&lng=pt&tlng=pt.

GÜLTEKIN, Abdurrezzak; KAVAK BUDAK, Funda. Does Spiritual Well-Being Affect Medication Adherence in Individuals Diagnosed with Mental Illness in Turkey? **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 61, n. 1, p. 64–78, 2022. DOI: 10.1007/s10943-021-01322-6. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s10943-021-01322-6>.

HANSER, Suzanne B.; MANDEL, Susan E. The Effects of Music Therapy in Cardiac Healthcare. **Cardiology in Review**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 18–23, 2005. DOI: 10.1097/01.crd.0000126085.76415.d7.

HELVACI, Aylin; IZGU, Nur; OZDEMIR, Leyla. Relationship between symptom burden, medication adherence and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Clinical Nursing**, [S. l.], v. 29, n. 13–14, p. 2388–2396, 2020. DOI: 10.1111/jocn.15251. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15251>.

IGELSTRÖM, Helena; ÅSENLÖF, Pernilla; EMTNER, Margareta; LINDBERG, Eva. Improvement in obstructive sleep apnea after a tailored behavioural sleep medicine intervention targeting healthy eating and physical activity: a randomised controlled trial. **Sleep and Breathing**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 653–661, 2018. DOI: 10.1007/s11325-017-1597-z. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11325-017-1597-z>.

JAVANMARDIFARD, Sorur; HEIDARI, Shiva; SANJARI, Mahnaz; YAZDANMEHR, Mohammad; SHIRAZI, Fatemeh. The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. **Journal of Diabetes & Metabolic Disorders**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 941–950, 2020. DOI: 10.1007/s40200-020-00586-1. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s40200-020-00586-1>.

KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. **ISRN Psychiatry**, [*S. l.*], v. 2012, p. 1–33, 2012. DOI: 10.5402/2012/278730. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>.

KOLJACK, Claire E.; MIYASAKI, Janis; PRIZER, Lindsay P.; KATZ, Maya; GALIFIANAKIS, Nick; SILLAU, Stefan H.; KLUGER, Benzi M. Predictors of Spiritual Well-Being in Family Caregivers for Individuals with Parkinson's Disease. **Journal of Palliative Medicine**, [*S. l.*], v. 25, n. 4, p. 606–613, 2022. DOI: 10.1089/jpm.2020.0797. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2020.0797>.

KRIBBS, Nancy Barone et al. Objective Measurement of Patterns of Nasal CPAP Use by Patients with Obstructive Sleep Apnea. **American Review of Respiratory Disease**, [*S. l.*], v. 147, n. 4, p. 887–895, 1993. DOI: 10.1164/ajrccm/147.4.887. Disponível em: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm/147.4.887>.

LEE, Wonhee; LEE, Sang-Ahm; RYU, Han Uk; CHUNG, Yoo-Sam; KIM, Woo Sung. Quality of life in patients with obstructive sleep apnea. **Chronic Respiratory Disease**, [*S. l.*], v. 13, n. 1, p. 33–39, 2016. DOI: 10.1177/1479972315606312. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1479972315606312>.

LISAN, Quentin; VAN SLOTEN, Thomas; MARQUES VIDAL, Pedro; HABA RUBIO, Jose; HEINZER, Raphael; EMPANA, Jean Philippe. Association of Positive Airway Pressure Prescription With Mortality in Patients With Obesity and Severe Obstructive Sleep Apnea. **JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery**, [*S. l.*], v. 145, n. 6, p. 509–515, 2019. DOI: 10.1001/jamaoto.2019.0281. Disponível em: <http://archotol.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamaoto.2019.0281>.

LIU, Qi et al. Effectiveness of spiritual interventions on psychological outcomes and quality of life among paediatric patients with cancer: a study protocol for a systematic review. **BMJ Open**, [*S. l.*], v. 13, n. 3, 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-070810. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2022-070810>.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; DE BERNARDIN GONÇALVES, Juliane Piasseschi; VALLADA, Homero P. Validation of the Portuguese Version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp 12) Among Brazilian Psychiatric Inpatients. **Journal of Religion and Health**, [*S. l.*], v. 54, n. 1, p. 112–121, 2015. DOI: 10.1007/s10943-013-9785-z. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-013-9785-z>.

LYNCH, Mary K.; ELLIOTT, Lindsey C.; AVIS, Kristin T.; SCHWEBEL, David C.; GOODIN, Burel R. Quality of Life in Youth With Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) Treated With Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) Therapy. **Behavioral Sleep Medicine**, [*S. l.*], v. 17, n. 3, p. 238–245, 2019. DOI: 10.1080/15402002.2017.1326918. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15402002.2017.1326918>.

MURPHY, Patricia E.; CANADA, Andrea L.; FITCHETT, George; STEIN, Kevin; PORTIER, Kenneth; CRAMMER, Corinne; PETERMAN, Amy H. An examination of the 3-factor model and structural invariance across racial/ethnic groups for the FACIT-Sp: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors-II (SCS-II). **Psycho-Oncology**, [*S. l.*], v. 19, n. 3, p. 264–272, 2010. DOI: 10.1002/pon.1559. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1559>.

O'CALLAGHAN, Clare; SEAH, Davinia; CLAYTON, Josephine M.; WELZ, Martina; KISSANE, David; GEORGUSOPOULOU, Ekavi N.; MICHAEL, Natasha. Palliative Caregivers' Spirituality, Views About Spiritual Care, and Associations With Spiritual Well-Being: A Mixed Methods Study. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**[®], [S. l.], v. 37, n. 4, p. 305–313, 2020. DOI: 10.1177/1049909119877351. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909119877351>.

PALM, Andreas; MIDGREN, Bengt; THEORELL-HAGLÖW, Jenny; EKSTRÖM, Magnus; LJUNGGREN, Mirjam; JANSON, Christer; LINDBERG, Eva. Factors influencing adherence to continuous positive airway pressure treatment in obstructive sleep apnea and mortality associated with treatment failure – a national registry-based cohort study. **Sleep Medicine**, [S. l.], v. 51, p. 85–91, 2018. DOI: 10.1016/j.sleep.2018.07.007. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1389945718304015>.

PATAKA, Athanasia; KOTOULAS, Seraphim Chrysovalantis; GAVRILIS, Panagiotis Raphael; KARKALA, Alice; TZINAS, Asterios; STEFANIDOU, Aimiliza. Adherence to CPAP Treatment: Can Mindfulness Play a Role? **Life**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 1–12, 2023. DOI: 10.3390/life13020296.

PEREIRA, Filomena; SANTOS, Célia. Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic ILLness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. **Cadernos de Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 37–45, 2011. Disponível em: <https://journals.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2820>.

PERES, Mario Fernando Prieto; KAMEI, Helder H.; TOBO, Patricia R.; LUCCHETTI, Giancarlo. Mechanisms Behind Religiosity and Spirituality's Effect on Mental Health, Quality of Life and Well-Being. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 57, n. 5, p. 1842–1855, 2018. DOI: 10.1007/s10943-017-0400-6. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-017-0400-6>.

PHENWAN, Tharin; PEERAWONG, Thanarpan; TULATHAMKIJ, Kandawsri. The Meaning of Spirituality and Spiritual Well-Being among Thai Breast Cancer Patients: A Qualitative Study. **Indian Journal of Palliative Care**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 119–123, 2019. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_101_18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388600/>.

PILGER, Calíope; SANTOS, Renata Ohana Pereira Dos; LENTSCK, Maicon Henrique; MARQUES, Sueli; KUSUMOTA, Luciana. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 70, n. 4, p. 689–696, 2017. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400689&lng=en&tlng=en.

RAPELLI, Giada et al. Improving CPAP Adherence in Adults With Obstructive Sleep Apnea Syndrome: A Scoping Review of Motivational Interventions. **Frontiers in Psychology**, [S. l.], v. 12, 2021. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.705364. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.705364/full>.

RIACHY, Moussa; NAJEM, Samer; ISKANDAR, Mirella; CHOUCAIR, Jad; IBRAHIM, Ihab; JUVELIKIAN, Georges. Factors predicting CPAP adherence in obstructive sleep apnea syndrome. **Sleep and Breathing**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 295–302, 2017. DOI: 10.1007/s11325-016-1408-y. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11325-016-1408-y>.

RIBEIRO, Osvaldo Luiz. A mesa do rei – um estudo para a tradução e a interpretação do salmo 23. **Estudos de Religião**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 59–81, 2019.

ROTENBERG, Brian W.; MURARIU, Dorian; PANG, Kenny P. Trends in CPAP adherence over twenty years of data collection: a flattened curve. **Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery**, [S. l.], v. 45, n. 43, 2016. DOI: 10.1186/s40463-016-0156-0. Disponível em: <http://journalotohns.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40463-016-0156-0>.

SANDS, Scott A.; EDWARDS, Bradley A. Pro: can physiological risk factors for obstructive sleep apnea be determined by analysis of data obtained from routine polysomnography? **Sleep**, [S. l.], 2023. DOI: 10.1093/sleep/zsac310. Disponível em: <https://academic.oup.com/sleep/advance-article/doi/10.1093/sleep/zsac310/7008958>.

SHI, Xin; WANG, Fengxia; XUE, Lixin; GAN, Zhaohong; WANG, Yan; WANG, Qian; LUAN, Xiaorong. Current status and influencing factors of spiritual needs of patients with advanced cancer: a cross-sectional study. **BMC Nursing**, [S. l.], v. 22, n. 131, 2023. DOI: 10.1186/s12912-023-01306-9. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01306-9>.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-K. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/027795369500112K>.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998. DOI: 10.1017/S0033291798006667. Disponível em: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>.

TIRGARI, Batool; KHAKSARI, Mohammad; SOLTANI, Zahra; MIRZAEI, Moghaddameh; SABERI, Shadan; BASHIRI, Hamideh. Spiritual Well-being in Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Religion and Health**, [S. l.], v. 61, n. 5, p. 3969–3987, 2022. DOI: 10.1007/s10943-022-01595-5. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s10943-022-01595-5>.

VENKATNARAYAN, Kavitha; DEVARAJ, Uma; VELUTHAT, Chitra; LOUIS, Varghese; RAMACHANDRAN, Priya; D'SOUZA, George; KRISHNASWAMY, Uma Maheswari. The effect of CPAP therapy on excessive daytime sleepiness and quality of life in subjects with obstructive sleep apnoea: an AB design study. **Sleep and Breathing**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 1351–1357, 2021. DOI: 10.1007/s11325-020-02237-4. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s11325-020-02237-4>.

VIEIRA, Anievelyn Alves; MACIEL, Pedro Henrique; GOMES, Ríllari Oliveira do Nascimento; MENDONÇA, Anna Valeska Procópio de Moura. Espiritualidade e religiosidade: desafios e possibilidades para prática médica. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 5, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i5.41396. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/41396>.

VITORINO, Luciano Magalhães; LUCCHETTI, Giancarlo; LEÃO, Frederico Camelo; VALLADA, Homero; PERES, Mario Fernando Prieto. The association between spirituality and religiousness and mental health. **Scientific Reports**, [S. l.], v. 8, n. 17233, 2018. DOI: 10.1038/s41598-018-35380-w. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-35380-w>.

WEAVER, Terri E. Novel Aspects of CPAP Treatment and Interventions to Improve CPAP Adherence. **Journal of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 8, n. 12, p. 1–8, 2019. DOI: 10.3390/jcm8122220.

WITTE, Martina De; SPRUIT, Anouk; VAN HOOREN, Susan; MOONEN, Xavier; STAMS, Geert-Jan. Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses. **Health Psychology Review**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 294–324, 2020. DOI: 10.1080/17437199.2019.1627897. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2019.1627897>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**. Geneva: 1996, 1996.

YILMAZ, Cemile Kütmec; KARA, Fahriye Şeyma. The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. **Perspectives in Psychiatric Care**, [S. l.], v. 57, n. 1, p. 318–325, 2021. DOI: 10.1111/ppc.12566. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12566>.

ZANINI, Claudia Regina de Oliveira; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; SALGADO, Claudia Maria; NUNES, Mariana Cabral; URZÊDA, Fabrícia Lanusse De; CARVALHO, Marta Valéria Catalayud; PEREIRA, Dalma Alves; JARDIM, Thiago de Souza Veiga; SOUZA, Weimar Kunz Sebba Barroso De. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S. l.], v. 93, n. 5, p. 534–540, 2009. DOI: 10.1590/S0066-782X2009001100015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

ZARE, Atefeh; BAHIA, NamavarJahromi; EIDY, Fereshteh; ADIB, Neda; SEDIGHE, Forouhari. The relationship between spiritual well-being, mental health, and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 1701–1705, 2019. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_131_19. Disponível em: https://journals.lww.com/10.4103/jfmpc.jfmpc_131_19.

ZHOU, Yu; CHEN, Xiaofeng; HU, Weijie; HUANG, Kui; HUANG, Jing; CHEN, Weiting. Nurse-led intensive interventions improve adherence to continuous positive airway pressure therapy and quality of life in obstructive sleep apnea patients. **Patient Preference and Adherence**, [S. l.], v. 9, p. 1707–1713, 2015. DOI: 10.2147/PPA.S90846. Disponível em: <https://www.dovepress.com/nurse-led-intensive-interventions-improve-adherence-to-continuous-posit-peer-reviewed-article-PPA>.

Material Suplementar 1 – Folder educativo sobre uso do equipamento *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP).

Dicas para o tratamento com CPAP

Comece devagar

Pode ser que você não consiga usar o aparelho durante toda a noite no começo do tratamento. Para se adaptar, utilize o CPAP por pelo menos 4h. Menos que isso o tratamento não é eficaz.

Não abandone o tratamento!

O risco de desenvolver doenças cardiovasculares é maior, pois piora dos sintomas, declínio cognitivo, aumenta diabetes e; obesidade.



Fonte: www.resmed.com.br

Cuide do seu CPAP

Mantenha a manutenção e a limpeza em dia para maior durabilidade e eficiência.

Quais partes do CPAP preciso limpar?

Diariamente:

- Almofadas da máscara
- Tubo de ar
- Tubo de água do umidificador

Semanalmente:

- Sistema de armação de máscara
- Headgear (o acessório que prende a máscara)

Desenvolva a sua Espiritualidade!

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde reconhecem que a espiritualidade auxiliam no tratamento de doenças crônicas, no enfrentamento da doença e no auto-cuidado.

Conheça os benefícios da Intervenção Espiritual para Apneia do Sono



Em caso de dúvidas ou presença de mal funcionamento do CPAP, comunique ao Programa de Oxigenoterapia DomiciliAR (35) 3826-6308



Apoio NESE - UFLA



1. Patil SP, Ayappa IA, Caples SM, Kimoff RJ, Patel SR, Harrod CG. Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2019;15(2):335–343; 2. www.resmed.com.br; 3. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, nov. 1995; 4. KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, v. 2012, p. 1–33, 16 dez. 2012

Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) e o CPAP



Material Suplementar 1 – Folder educativo sobre uso do equipamento *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP).

O que é Apneia Obstrutiva do Sono? zzz

É uma doença crônica do sistema respiratório caracterizada pela obstrução recorrente das vias aéreas superiores, durante o sono.

Essa obstrução é temporária mas impede uma respiração eficaz, causando a apneia, por alguns segundos causando impacto na qualidade do sono e outras consequências para a saúde.

Quais os sintomas?

- Sono não reparador;
- Fadiga;
- Ronco habitual;
- Despertar durante o sono;
- Engasgo durante o sono.

Como tratar?

- **Mudanças no estilo de vida:** prática de exercício físico e alimentação saudável;
- **Perda de peso.** Estudos demonstraram que a perda de peso reduz a gravidade da doença;
- **Aparelho de pressão positiva contínua (CPAP):** O aparelho reduz os períodos de apneia e o desenvolvimento de complicações da AOS.



Cuidados com o CPAP

Limpeza do CPAP

Recomenda-se realizar a limpeza pela manhã para que o aparelho seque e você possa utilizá-lo na hora de dormir.

Deixe a máscara e os tubos secarem à sombra após a limpeza. O sol pode ressecar e danificar o equipamento.

Sempre desconecte o aparelho da tomada antes de higienizá-lo!

O que vou precisar?



O que NÃO devo utilizar para higienizar minha máscara?

- Soluções aromáticas, óleos ou produtos com perfume forte;
- Sabão antibacteriano;
- Álcool;
- Alvejante ou água sanitária;
- Não utilize máquina de lavar ou secar roupa;
- O uso de produtos não recomendados podem deixar resíduos nocivos à saúde e danificar o equipamento.

6 passos da higienização diária



1. Desconecte seu equipamento de CPAP da fonte de energia.
2. Desconecte a máscara e o tubo do dispositivo
3. Desmonte a máscara em 3 partes (fixador, almofada e armação)
4. Em uma pia ou banheira, limpe a almofada da máscara e o fixador para remover toda a gordura. Esfregue suavemente com sabão e água potável morna.
5. Enxágue bem novamente com água potável morna.
6. Coloque a almofada e a armação em uma superfície plana, em cima de uma toalha, para secar. Evite deixar sob a luz solar direta.

3 passos da higienização do copo umidificador



Higienize o copo umidificador, uma vez por semana, para evitar o acúmulo de bactérias

1. Deixe o copo do umidificador imerso em uma solução com proporção de uma parte de vinagre branco para uma parte de água por 15 a 20 minutos;
2. Após a imersão, enxágue bem com água potável morna.
3. Coloque o copo do umidificador em uma superfície plana, em cima de uma toalha, para secar. Evite deixar sob a luz solar direta.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária da Universidade Federal de Lavras (UFLA). Antes de concordar, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Será garantida, durante todas as fases da pesquisa: sigilo; privacidade; e acesso aos resultados.

Título do trabalho experimental: Efeito da Intervenção Espiritual como Terapia Complementar na Apneia Obstrutiva Do Sono: um Estudo Prospectivo Pesquisador(es) responsável(is): Prof. Dr. Michel Cardoso de Angelis Pereira: UFLA/ Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Nutrição

Cargo: Professor Adjunto

Telefone para contato: (35) 3829-1992; (35) 99913-9819; (35) 91017-7778

Local da coleta de dados: Programa de Oxigenioterapia Domiciliar/ Atenção Primária de Lavras

OBJETIVOS: Traçar os perfis de uma amostra da população brasileira quanto à adoção de comportamentos ambientais sustentáveis relacionados à alimentação. Avaliar os efeitos do tratamento para AOS com uso da intervenção espiritual por meio da oração associada ao CPAP na adesão ao tratamento; caracterizar os usuários de CPAP quanto aos dados sociodemográficos, de crenças religiosas e espirituais. Avaliar a qualidade de vida sob a perspectiva de sua relação com a espiritualidade, religião e crenças pessoais. Avaliar o comportamento alimentar dos participantes.

JUSTIFICATIVA:

Considerando as mudanças nos padrões alimentares e os impactos que tais mudanças vêm causando tanto a nível ambiental quanto em nível de saúde, torna-se importante discutir e buscar entender os fatores que influenciam os comportamentos dos sujeitos frente à responsabilidade com os recursos naturais. Além disso, ao considerar o sujeito com um todo, vale destacar a sua crença espiritual e como esta pode justificar e dar sentido a diferentes comportamentos humanos, podendo então relacioná-la à comportamentos alimentares.

O uso do CPAP para o tratamento de Apneia Obstrutiva do sono têm mostrado grande benefício na redução de sintomas. Apesar disso, a adesão ao tratamento nem sempre atinge as metas esperadas. Por isso, espera-se que com a intervenção através da oração, os participantes obtenham melhores scores na qualidade de vida, bem-estar e espiritualidade, influenciando positivamente o uso do aparelho – CPAP. Além disso, espera-se com a intervenção traçar o padrão alimentar dos participantes.

PROCEDIMENTOS DO EXPERIMENTO

AMOSTRA: Pessoas maiores de 18 anos, que estão utilizando o CPAP há pelo menos três meses serão convidadas para participar do estudo.

EXAMES: A qualidade de vida será avaliada pelo Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB), a religiosidade será avaliada por meio do *Duke Religious Index*: DUREL, validado para o português. Dados quanto aos hábitos alimentares também serão coletados por meio do questionário de 3 Fatores Alimentares 9TFEQ-E 21. Serão três questionários a serem respondidos por você. Depois dos questionários você realizará as sessões de oração por 10 semanas (1 vez por semana). Você levará no máximo 30 minutos para responder ao questionário.

RISCOS ESPERADOS: Será assegurado risco mínimo. O preenchimento do questionário pode ocasionar algum cansaço devido ao tempo de preenchimento deles. Pode haver preocupação quanto as informações fornecidas, sua privacidade será respeitada e sua identidade será mantida em segredo durante todo o período da pesquisa e após o término da mesma. Além disso, você pode escolher por não responder às questões que julgar indesejadas e a qualquer momento que desejar, poderá desistir da pesquisa. Mesmo sendo assegurado risco mínimo, qualquer dano deverá ser reparado de acordo com a Resolução nº466/12.

BENEFÍCIOS: A participação no estudo não acarretará custos e não será disponibilizada ao voluntário qualquer compensação financeira adicional, exceto no caso de danos decorrentes da pesquisa, em que os pesquisadores irão arcar com os custos. Com a participação na pesquisa, o voluntário contribuirá ainda com estudos futuros que visam identificar fatores que influenciam em comportamentos alimentares sustentáveis, além de contribuir para pesquisas que buscam associar a espiritualidade com temas voltados à saúde dos indivíduos. Ademais, vale salientar a relevância dos resultados encontrados para a contribuição no desenvolvimento de estratégias educativas que consideram o indivíduo como um todo, buscando entendê-lo como um ser que influencia e que é influenciado pelo que o cerca.

CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA: Você poderá encerrar sua participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

SIGILO: As informações coletadas durante este estudo serão confidenciais (secretas) e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os participantes e o local da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

RETIRADA DO CONSENTIMENTO: Você tem a liberdade de deixar de colaborar com o estudo, sem precisar se justificar e sem qualquer prejuízo ao atendimento e assistência prestada. Você poderá também, após terem sido realizadas as etapas do estudo, retirar seus dados dos resultados da pesquisa e optar por não responder alguma pergunta que não ache pertinente.

CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA: Não há previsão de suspensão (interrupção) da pesquisa. A mesma será encerrada quando as informações desejadas forem obtidas e as etapas do estudo concluídas, ou seja, ao final do trabalho, ou diante da desistência do participante.

ATENÇÃO! A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UFLA. Endereço – Campus Universitário da UFLA, Pró-Reitoria de Pesquisa, COEP, caixa postal 3037. Email: coep@nintec.ufla.br. Telefone: (35) 3829-5182.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. No caso de qualquer emergência entrar em contato com os pesquisadores responsáveis no Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Lavras. Telefones de contato: (35) 3829-1992 ou (35) 91017-7778.

Consentimento pós-informação: Após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

Lavras, ____ de _____ de 2022. ____

—

Nome por extenso do participante / RG

Assinatura

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

ANEXOS

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

Nome: _____ DN: _ / _ / _

Sexo biológico: Feminino (1) Masculino (2)

1. Qual a sua faixa etária?

De 18 a 24 anos

De 25 a 35 anos

De 36 a 50 anos

De 51 a 65 anos

65 anos ou mais

2. Cor ou Raça

Branca

Parda

Preta

Amarela

Indígena

Prefiro não declarar

3. Qual o seu nível de escolaridade

Sem instrução

Ensino fundamental / 1º grau incompleto

Ensino fundamental / 1º grau completo

Ensino médio / 2º grau completo Supletivo completo

Curso superior completo

Pós-graduação

4. Qual sua renda familiar média mensal? [Valor de referência para o salário mínimo= R\$1.100,00]

Até 1 salário mínimo

Entre 1 e 2 salários mínimos

Entre 2 e 3 salários mínimos

Entre 3 e 4 salários mínimos

Entre 4 e 5 salários mínimos

Entre 5 e 6 salários mínimos

Entre 6 e 10 salários mínimos

Mais de 10 salários mínimos

5. Como Você caracteriza o seu padrão alimentar?

Onívoro (inclui alimentos de origem animal e vegetal)

Flexitariano (inclui alimentos de origem animal e vegetal, sendo o consumo de alimentos de origem animal ocasional e em quantidades moderadas)

Pesco-vegetariano (inclui alimentos de origem animal e vegetal, mas exclui todos os tipos de carne, com exceção dos peixes e frutos do mar)

Vegetariano (inclui alimentos de origem animal e vegetal, mas exclui todos os tipos de carne, inclusive peixes e frutos do mar)

Vegano (inclui apenas alimentos de origem vegetal)

6. Você possui alguma(s) religião(ões)/crença(s)? *

Marque todas que se aplicam.

Católica

Evangélica

Agnosticismo (Agnóstico)

Ateísmo (Ateu)

Espírita

Umbanda

Candomblé

Judaica

Testemunha de Jeová

Budista

Outro: _____

7. Você frequenta ESF/PSF/UBS?

Sim

Não

8. Quais integrantes frequentam a Unidade?

9. Quais serviços utilizam na unidade?

10. Recebe visita do ACS?

Sim

Não

11. Qual a frequência da visita?

Anexo B - Modelo Relatório de adesão Airview™



AirView™

LAVRAS
 AVENIDA PEDRO SALES
 LAVRAS
 Minas Gerais, 37200-000
 E-mail: evenendbarreto@gmail.com

F. G

23/09/2021 - 22/10/2021

Data nascimento: 20/06/1978

Idade: 43 anos

Relatório de adesão ao tratamento

Utilização		23/09/2021 - 22/10/2021
Dias de utilização		9/30 dias (30%)
>= 4 horas		4 dias (13%)
< 4 horas		5 dias (17%)
Horas de utilização		32 horas 37 minutos
Utilização média (total de dias)		1 horas 5 minutos
Utilização média (dias de utilização)		3 horas 37 minutos
Utilização mediana (dias de utilização)		3 horas 19 minutos
Total de horas de uso (último reset de valores - 22/10/2021)		205 horas

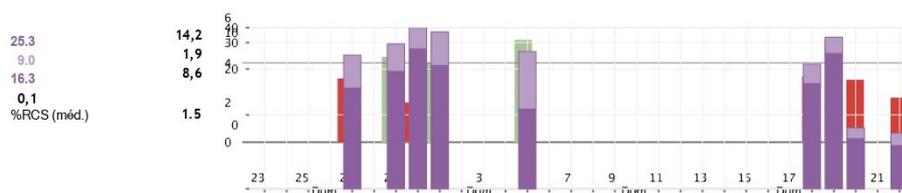
AirSense 10 AutoSet

Número de série	22191842029
Modo	AutoSet
Pressão mín.	6 cmH2O
Pressão máx.	12 cmH2O
EPR	Tempo total
Nível de EPR	3
Resposta	Macio

Terapia

Pressão — cmH2O	Mediana: 8.4	Percentil 95.º: 8.7	Máximo: 8.7
Fugas — l/min	Mediana: 12.0	Percentil 95.º: 24.0	Máximo: 41.6
Eventos por hora	IA: 16.3	IH: 9.0	IAH: 25.3
Índice de apneia	Central: 0.1	Obstrutiva: 14.2	Desconheci: 1.9
Índice RERA	8.6		
Respiração Cheyne-Stokes (duração média por noite)	3 minutos (2%)		

Horas de utilização





LAVRAS
AVENIDA PEDRO SALES
LAVRAS
Minas Gerais, 37200-000

E-mail: evemendbarreto@gmail.com

F.G

23/09/2021 - 22/10/2021

AirView™

Data nascimento: 20/06/1978

Idade: 43 anos

Relatório de terapia

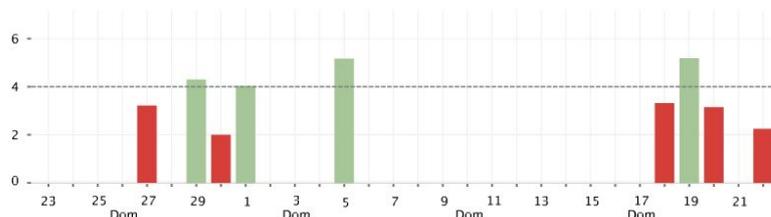
AirSense 10 AutoSet

NS: 22191842029

Utilização (horas)

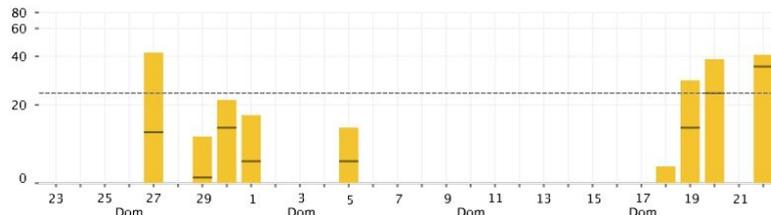
Dias de utilização **9/30 (30 %)**
 >= 4 horas dias **4 (13 %)**
 < 4 horas dias **5 (17 %)**
 Dias sem utilização **21 (70 %)**
 Dias sem dados **0 (0 %)**

Utilização/dia (méd.) **3,6 h**



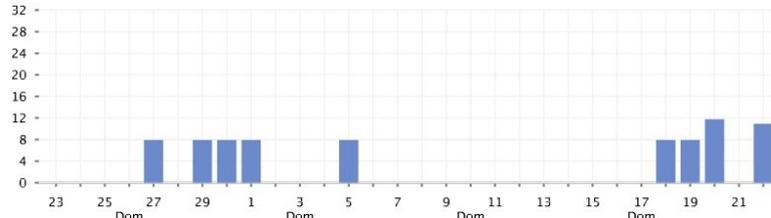
Fuga (l/min)

Limite **24,0 L/min**
 Máximo (méd.) **41,6**
 % 95.º (méd.) **24,0**
 Mediana (méd.) **12,0**



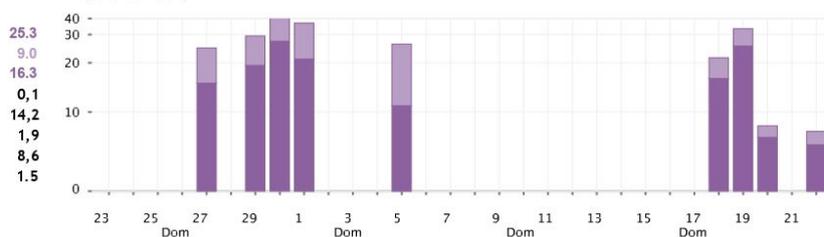
Pressão (cmH2O)

Modo **AutoSet**
 Definir EPR **Tempo total, 3,0**
 Definir pressão máx. **12,0**
 Definir pressão mín. **6,0**
 Máximo (méd.) **8,7**
 % 95.º (méd.) **8,7**
 Mediana (méd.) **8,4**



IAH (eventos/hora)

IAH **25,3**
 IH **9,0**
 IA **16,3**
 IAC **0,1**
 IAO **14,2**
 IAD **1,9**
 RERA **8,6**
 %RCS (méd.) **1,5**



Anexo C - TFEQ-R21

Nome: _____ DN: ___/___/___

Sexo biológico: Feminino (1) Masculino (2)

Esta seção contém declarações e perguntas sobre comportamentos alimentares e sensação de fome. Leia cuidadosamente cada declaração e responda marcando a alternativa que melhor se aplica a você.

1- Eu deliberadamente consumo pequenas porções para controlar meu peso

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

2- Eu começo a comer quando me sinto ansioso

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

3- Às vezes, quando começo a comer, parece-me que não conseguirei parar

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

4- Quando me sinto triste, frequentemente como demais

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

5- Eu não como alguns alimentos porque eles me engordam

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

- 6- Estar com alguém que está comendo, me dá frequentemente vontade de comer também
- Totalmente verdade
 - Verdade, na maioria das vezes
 - Falso, na maioria das vezes
 - Totalmente falso
- 7- Quando me sinto tenso ou estressado, frequentemente sinto que preciso comer
- Totalmente verdade
 - Verdade, na maioria das vezes
 - Falso, na maioria das vezes
 - Totalmente falso
- 8- Frequentemente sinto tanta fome que meu estômago parece um poço sem fundo
- Totalmente verdade
 - Verdade, na maioria das vezes
 - Falso, na maioria das vezes
 - Totalmente falso
- 9- Eu sempre estou com tanta fome, que me é difícil parar de comer antes de terminar toda a comida que está no prato
- Totalmente verdade
 - Verdade, na maioria das vezes
 - Falso, na maioria das vezes
 - Totalmente falso
- 10- Quando me sinto solitário(a), me consolo comendo
- Totalmente verdade
 - Verdade, na maioria das vezes
 - Falso, na maioria das vezes
 - Totalmente falso
- 11- Eu conscientemente me controlo nas refeições para evitar ganhar peso
- Totalmente verdade
 - Verdade, na maioria das vezes
 - Falso, na maioria das vezes
 - Totalmente falso
- 12- Quando sinto o cheiro de um bife grelhado ou de um pedaço suculento de carne, acho muito difícil evitar de comer, mesmo que eu tenha terminado de comer há muito pouco tempo

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

13- Estou sempre com fome o bastante para comer a qualquer hora

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

14- Se eu me sinto nervoso(a), tento me acalmar comendo

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

15- Quando vejo algo que me parece muito delicioso, eu frequentemente fico com tanta fome que tenho que comer imediatamente

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

16- Quando me sinto depressivo(a), eu quero comer

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

17- O quanto frequentemente você evita “estocar” (ou se aprovisionar de) comidas tentadoras?

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes
- Falso, na maioria das vezes
- Totalmente falso

18- O quanto você estaria disposto(a) a fazer um esforço para comer menos do que deseja?

- Totalmente verdade
- Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

19- Você comete excessos alimentares, mesmo quando não está com fome?

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

20- Com qual frequência você fica com fome?

Totalmente verdade

Verdade, na maioria das vezes

Falso, na maioria das vezes

Totalmente falso

21- Em uma escala de 1 a 8, onde 1 significa nenhuma restrição alimentar, e 8 significa restrição total, qual número você daria para si mesmo?

1 2 3 4 5 6 7 8

Comer tudo o que
quiser e sempre
que quiser

Limitar
constantemente a
ingestão alimentar,
nunca -cedendo!

Anexo D – WHOQOL – BREF

Nome: _____ DN: ____/____/____

Sexo biológico: Feminino (1) Masculino (2)

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo E – WHOQOL - SRPB

Nome: _____ DN: ____/____/____

Sexo biológico: Feminino (1) Masculino (2)

As seguintes perguntas se referem as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais, e como essas crenças afetam a sua qualidade de vida. São perguntas independentes se você tem ou não religião.

Responda em termos de seu próprio sistema de crença pessoal, seja ele religioso, espiritual ou pessoal, considerando sua qualidade de vida nas últimas DUAS semanas.

1. SP1.1 Até que ponto alguma ligação a um Ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?
 Nada
 Muito pouco
 Mais ou menos
 Bastante
 Extremamente
2. SP1.2 Até que ponto alguma ligação com um Ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?
 Nada
 Muito pouco
 Mais ou menos
 Bastante
 Extremamente
3. SP1.3 Até que ponto alguma ligação com um Ser espiritual ajuda você a compreender os outros?
 Nada
 Muito pouco
 Mais ou menos
 Bastante
 Extremamente
4. SP1.4 Até que ponto alguma ligação com um Ser espiritual conforta/tranquiliza você?
 Nada

- Muito pouco
 - Mais ou menos
 - Bastante
 - Extremamente
5. SP2.1 Até que ponto você encontra um sentido na vida?
- Nada
 - Muito pouco
 - Mais ou menos
 - Bastante
 - Extremamente
6. SP2.2 Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?
- Nada
 - Muito pouco
 - Mais ou menos
 - Bastante
 - Extremamente
7. SP2.3 Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?
- Nada
 - Muito pouco
 - Mais o menos
 - Bastante
 - Extremamente
8. SP2.4 Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?
- Nada
 - Muito pouco
 - Mais ou menos
 - Bastante
 - Extremamente
9. SP3.1 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)
- Nada
 - Muito pouco
 - Médio

- Muito
- Completamente
10. SP3.2 Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?
- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante Extremamente
11. SP3.3 Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?
- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente
12. SP3.4 Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?
- Nada
- Muito pouco
- Mais ou menos
- Bastante
- Extremamente
13. SP4.1 Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?
- Nada
- Muito pouco
- Médio
- Muito
- Completamente
14. SP4.2 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?
- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito
15. SP4.3 Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?

- Nada
 - Muito pouco
 - Médio
 - Muito
 - Completamente
16. SP4.4 Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?
- Nada
 - Muito pouco
 - Médio
 - Muito
 - Completamente
17. SP5.1 Até que ponto você sente força espiritual interior?
- Nada
 - Muito pouco
 - Mais ou menos
 - Bastante
 - Extremamente
18. SP5.2 Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?
- Nada
 - Muito pouco
 - Mais ou menos
 - Bastante
 - Extremamente
19. SP5.3 Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?
- Nada
 - Muito pouco
 - Médio
 - Muito
 - Completamente
20. SP5.4 Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?
- Nada
 - Muito pouco
 - Médio

- () Muito
() Completamente
21. SP6.1 Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?
- () Nada
() Muito pouco
() Médio
() Muito
() Completamente
22. SP6.2 Até que ponto você tem paz interior?
- () Nada
() Muito pouco
() Médio
() Muito
() Completamente
23. SP6.3 Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?
- () Nada
() Muito pouco
() Médio
() Muito
() Completamente
24. SP6.4 Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?
- () Nada
() Muito pouco
() Médio
() Muito
() Completamente
25. SP7.1 Quão esperançoso você se sente?
- () Nada
() Muito pouco
() Mais ou menos
() Bastante
() Extremamente
26. SP7.2 Até que ponto você está esperançoso com sua vida?
- () Nada

-)Muito pouco
 -)Mais ou menos
 -)Bastante
 -)Extremamente
27. SP7.3 Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida
-)Nada
 -)Muito pouco
 -)Médio
 -)Muito
 -)Completamente
28. SP7.4 Quanto você é capaz de permanecer otimista em época de incerteza
-)Nada
 -)Muito pouco
 -)Médio
 -)Muito
 -)Completamente
29. SP8.1 Até que ponto a fé contribui para o seu bem estar?
-)Nada
 -)Muito pouco
 -)Mais ou menos
 -)Bastante
 -)Extremamente
30. SP8.2 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?
-)Nada
 -)Muito pouco
 -)Mais ou menos
 -)Bastante
 -)Extremamente
31. SP8.3 Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?
-)Nada
 -)Muito pouco
 -)Mais ou menos
 -)Bastante
 -)Extremamente

32. SP8.4 Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

- Nada
- Muito pouco
- Médio
- Muito
- Completamente

Anexo F – DUREL

Nome: _____ DN: ___/___/___

Sexo biológico: Feminino (1) Masculino (2)

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim

2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

Anexo G – FACIT-Sp

Nome: _____ DN: __/__/__

Sexo biológico: Feminino (1) Masculino (2)

	PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS	Nem um pouco	Um pouco	Mais Ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp 1	Sinto-me em paz	0	1	2	3	4
Sp 2	Tenho uma razão para viver	0	1	2	3	4
Sp 3	A minha vida tem sido produtiva	0	1	2	3	4
Sp 4	Custa-me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp 5	Sinto que a minha vida tem um propósito	0	1	2	3	4
Sp 6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp 7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp 8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp 9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	0	1	2	3	4
Sp 11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará em bem	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR ESPÍRITUAL (FACIT_Sp-12)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.