

Espiritualidade e religiosidade no tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio: revisão integrativa

Spirituality and religiosity in treating patients with acute myocardial infarction: integrative review

Espiritualidad y religiosidad en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio agudo: revisión integrativa

Recebido: 14/10/2021 | Revisado: 21/10/2021 | Aceito: 28/10/2021 | Publicado: 30/10/2021

Maria Júlia Oliveira Ramos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4729-4416>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: maju.oramos@gmail.com

Nicolly Gabrielly Brito Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9531-5368>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: nicolygbn@gmail.com

Fernanda Gomes de Magalhães Soares Pinheiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5258-4752>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: fernandagmsoares@gmail.com

Paulo Henrique Santana Feitosa Sousa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0886-3188>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: paulo.henrique@hotmail.com

Jussielly Cunha Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6782-8994>

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

E-mail: jussielly@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar as contribuições da espiritualidade e religiosidade no tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Metodologia:** Revisão integrativa de artigos publicados no período entre 2007 e 2020, realizada nas bases de dados PUBMED, LILACS, SCIELO, SCOPUS, CINAHL e Portal BVS e Portal Periódicos CAPES, utilizando os descritores: infarto do miocárdio, religião, espiritualidade e cuidado centrado no paciente, nos idiomas português, inglês e espanhol. A interpretação baseou-se em Souza et al. (2010) e no método de categorização para análise. **Resultados:** Após análise dos estudos, foram encontrados 4 artigos que relatavam sobre a contribuição da espiritualidade e religiosidade na assistência aos pacientes IAM. Observa-se evidências de que os pacientes apresentavam melhorias em seu estado espiritual, físico e psicológico com benefícios em sua recuperação, ajuda positiva para o enfrentamento dos problemas de saúde e redução de riscos posteriores ao evento. **Considerações finais:** A espiritualidade e a religiosidade apresentam influência positiva, como benefícios, ou neutra no tratamento de pacientes com IAM. Não são evidenciados efeitos negativos.

Palavras-chave: Avaliação de resultados; Cuidado centrado no paciente; Doenças cardíacas; Espiritualidade; Humanização da assistência.

Abstract

Objective: Identify the contributions of spirituality and religiosity in the treatment of patients with myocardial infarction. **Method:** Integrative review of articles published between 2007 and 2020 in the PUBMED, LILACS, SCIELO, SCOPUS, CINAHL databases, Portal BVS and Portal Periódicos CAPES, using the descriptors: myocardial infarction, religion, spirituality and patient-centered care, in portuguese, english and spanish. The interpretation was based on Souza et al. (2010) and the categorization method for analysis. **Results:** After studies' analysis, four found articles reported the contribution of spirituality and religiosity in care of acute myocardial infarction' patients. There is evidences that the patients showed improvements in their spiritual, physical and psychological condition with benefits in their recovery, positive help in coping with health problems and reduction of risks after the event. **Final considerations:** Spirituality and religiosity have a positive influence, such as benefits, or neutral in the treatment of patients with AMI. No negative effects are evidenced.

Keywords: Outcome assessment, Health care; Patient-centered care; Heart diseases; Spirituality; Humanization of assistance.

Resumen

Objetivo: Identificar los aportes de la espiritualidad y religiosidad en el tratamiento de pacientes con infarto agudo de miocardio. **Metodología:** Revisión integrativa de artículos científicos publicados entre 2007 y 2020, realizada en las bases de datos PUBMED, LILACS, SCIELO, SCOPUS, CINAHL, Portal BVS y Portal Periódicos CAPES, utilizando los descriptores: infarto de miocardio, religión, espiritualidad y atención dirigida al paciente, en portugués, inglés y español. La interpretación se basó en Souza et al. (2010) y el método de categorización para el análisis. **Resultados:** Después de analizar los estudios, se encontraron cuatro artículos que informaron sobre la contribución de la espiritualidad y la religiosidad en la asistencia a los pacientes con IM. Existe evidencia de que los pacientes mostraron mejoras en su estado espiritual, físico y psicológico con beneficios en su recuperación, ayuda positiva en el afrontamiento de problemas de salud y reducción de riesgos después del evento. **Consideraciones finales:** La espiritualidad y la religiosidad tienen una influencia positiva, como beneficiosa, o neutra en el tratamiento de pacientes con IM. No se evidencian efectos negativos.

Palabras clave: Atención dirigida al paciente; Cardiopatías; Espiritualidad; Evaluación de resultado en la atención de salud; Humanización de la atención.

1. Introdução

O infarto agudo do miocárdio (IAM), também conhecido como ataque cardíaco, é a morte das células de uma região do músculo do coração em consequência da obstrução aguda de uma artéria coronariana, que tem como principal causa a aterosclerose. Dentre as doenças cardiovasculares, que representam 31% de todas as mortes no mundo, o IAM junto com o Acidente Vascular Cerebral (AVC) são as principais causas de letalidade, chegando a constituir 85% das mortes entre os acometidos por Doença Venosa Crônica – DVC (WHO, 2017) com maior prevalência em países de baixa renda. No Brasil, o IAM é um problema de saúde pública e, acompanhando a tendência mundial, estima-se que se manterá como uma das principais causas de óbitos no país até 2040 (Gomes et al., 2018; Valenti et al., 1996; WHO, 2014; WHO, 2017).

Além do alto grau de letalidade, o infarto também produz complicações importantes que prejudicam a qualidade de vida, como dispneia, elevação do risco de reinternação no período de um ano e redução da sobrevida, além de expressivos impactos à saúde mental (Arnold et al., 2009), como apresentação de sintomas depressivos (Shah et al., 2016). Tais fatores chamam atenção aos cuidados dos indivíduos com IAM que vão além do biológico, devendo-se incluir as necessidades de enfrentamento associadas aos recursos espirituais e religiosos (Gillilan et al., 2017).

Agregar os benefícios da dimensão espiritual na terapêutica do paciente pode ser considerado uma forma de atribuir sentido à vida, proporcionando-lhe esperança e aceitação de eventos desagradáveis, como o infarto (Gesualdo et al., 2017). Em vista disso, o uso de intervenções espirituais e religiosas tem sido recomendado como uma maneira de aumentar o efeito das intervenções médicas (Babamohamadi et al., 2017), uma vez que o âmbito espiritual está inserido no cuidado holístico, no modelo de coração sadio, que melhora os sintomas e as dimensões da saúde espiritual em pacientes que sofreram IAM (Babamohamadi et al., 2020).

Ambos os conceitos, espiritualidade e religiosidade, fazem referência às crenças individuais de uma pessoa. A religiosidade remete à fé em ser, seres ou força maior, estabelecendo um relacionamento com este(s) através de símbolos, rituais e outras práticas, que podem ser feitas particular ou coletivamente. As comunidades religiosas são exemplos de redes organizadas hierarquicamente que fornecem a seus participantes apoio mútuo em diversas áreas, utilizando a crença religiosa em comum como base (Thiengo et al., 2019). O conceito de espiritualidade, ainda muito debatido no meio científico, volta-se às crenças pessoais de automotivação, propósito de vida e relacionamento consigo mesmo e com o outro, sem depender de rituais, símbolos ou outras práticas para isso. Nela, as pessoas podem unir-se pela ideologia e percepções em comum, sem a formação de uma rede organizada em hierarquias (Gillilan et al., 2017; Puchalski et al., 2014). Assim, a religiosidade é uma manifestação da espiritualidade. Ambas podem ser abordadas na assistência como na dimensão de cuidado do paciente (Gonçalves, 2018).

Esta pesquisa faz-se necessária em razão da lacuna de conhecimento existente sobre a relação da espiritualidade e

religiosidade na abordagem em saúde de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, ao considerar o potencial dessas dimensões em pacientes com outras condições crônicas, segundo as evidências da literatura. Ademais, elas tornam-se valiosas ferramentas de complementação terapêutica humanizada, tal qual é buscado para a nova ótica do processo saúde-doença. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi identificar as contribuições da espiritualidade e religiosidade no tratamento de pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio, de acordo com as evidências científicas.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, seguindo as recomendações do Protocolo PRISMA (Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-analyses of Studies) de forma adaptada, composta pelas seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; avaliação e interpretação dos trabalhos incluídos na revisão; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Grupo Anima Educação, 2014; Mendes et al., 2008).

Identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa

Para a construção da questão norteadora, utilizou-se a estratégia PICO, sendo P – Paciente: Pacientes de infarto agudo do miocárdio; I – Intervenção: Espiritualidade e Religiosidade; e Co – Contexto: Benefícios no tratamento. Com base nessas definições, consolidou-se a seguinte pergunta: “Qual a contribuição da espiritualidade e religiosidade no tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio, de acordo com as evidências científicas?”

Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos

A estratégia de busca elaborada pelo grupo de pesquisadores foi aplicada por dois pesquisadores independentes, nas seguintes bases de dados e portais: PUBMED (National Library of Medicine National Institutes of Health, 1996-2021); LILACS (Latin American and Caribbean Health Science, 1982-2021); SCIELO (Scientific Electronic Library Online, 1998-2020); SCOPUS (1996-2021); CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, 1961-2021); Portal BVS (Biblioteca Virtual da Saúde); e Portal Periódicos CAPES (2000-2021), aplicando-se os seguintes descritores controlados e seus sinônimos: “Infarto do miocárdio”/“Myocardial Infarction”, “Religião”/“Religion”, “Espiritualidade”/ “Spirituality” e “Cuidado centrado no paciente”/“Patient-Centered Care”, associados pelos operadores booleanos “AND” e “OR” (Quadro 1).

Quadro 1 – Estratégias de buscas aplicadas nas bases de dados e portais.

Base/Portal	Estratégia de busca	Nº de artigos encontrados
PubMed	("Myocardial Infarction"[Mesh]) OR ("Inferior Wall Myocardial Infarction"[Mesh] OR "Anterior Wall Myocardial Infarction"[Mesh] OR "Non-ST Elevated Myocardial Infarction"[Mesh] OR "ST Elevation Myocardial Infarction"[Mesh])) AND "Religion"[Mesh] OR ("Religion and Medicine"[Mesh] OR "Religion and Psychology"[Mesh] OR "Religion and Science"[Mesh])) AND Patient-Centered Care	395
SciELO	("Infarto do Miocárdio" OR "Infarto Miocárdico de Parede Inferior" OR "Infarto Miocárdico de Parede Anterior" OR "Infarto do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST") AND ("Religião" OR "Religião e Medicina" OR "Religião e Psicologia" OR "Religião e Ciência") AND ("Assistência Centrada no Paciente" OR "Cuidado Focado no Paciente")	0
CINAHL	((("Myocardial Infarction" OR "Inferior Wall Myocardial Infarction" OR "Anterior Wall Myocardial Infarction" OR "Non-ST Elevated Myocardial Infarction" OR "ST Elevation Myocardial Infarction") AND ("Religion" OR "Religion and Medicine" OR "Religion and Psychology" OR "Religion and Science" OR "Spirituality") AND (Patient-Centered Care))	9
SCOPUS	((("Myocardial Infarction" OR "Inferior Wall Myocardial Infarction" OR "Anterior Wall Myocardial Infarction" OR "Non-ST Elevated Myocardial Infarction" OR "ST Elevation Myocardial Infarction") AND ("Religion" OR "Religion and Medicine" OR "Religion and Psychology" OR "Religion and Science" OR "Spirituality") AND (Patient-Centered Care))	0
BVS	(Infarto do Miocárdio OR Infarto Miocárdico de Parede Inferior OR Infarto Miocárdico de Parede Anterior OR Infarto do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST AND Religião OR Religião e Medicina OR Religião e Psicologia OR Religião e Ciência AND Assistência Centrada no Paciente OR Cuidado Focado no Paciente)	0
Portal CAPES	((("Myocardial Infarction" OR "Inferior Wall Myocardial Infarction" OR "Anterior Wall Myocardial Infarction" OR "Non-ST Elevated Myocardial Infarction" OR "ST Elevation Myocardial Infarction") AND ("Religion" OR "Religion and Medicine" OR "Religion and Psychology" OR "Religion and Science" OR "Spirituality") AND (Patient-Centered Care))	11

Fonte: Autores.

A busca dos trabalhos ocorreu de dezembro de 2020 a abril de 2021. Foram incluídos nesta revisão estudos com dados primários sobre os benefícios da crença espiritual e/ou religiosa ao tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio, encontrados pela combinação dos descritores “Infarto do miocárdio”, “Religião”, “Espiritualidade” e “Cuidado centrado no paciente”, e de seus sinônimos, segundo as plataformas Decs e Mesh. A seleção não foi restrita pelo idioma ou ano. Utilizando a plataforma Rayyan (Johnson et al., 2018), foram excluídos os estudos duplicados, editoriais, opiniões de especialistas, teses, dissertações, cartas ao editor, revisões de literatura e aqueles que não respondiam à questão norteadora e fugiam do objetivo

determinado. Foram excluídos também trabalhos que focaram nos temas: terminalidade e fim de vida, cuidados paliativos voltados à terminalidade e fim de vida, transtornos mentais, outras doenças crônicas diferentes do IAM, aplicação de práticas integrativas e complementares, outras populações (estudantes da saúde, profissionais da assistência e familiares), neonatologia, pediatria e geriatria.

Análise dos artigos selecionados

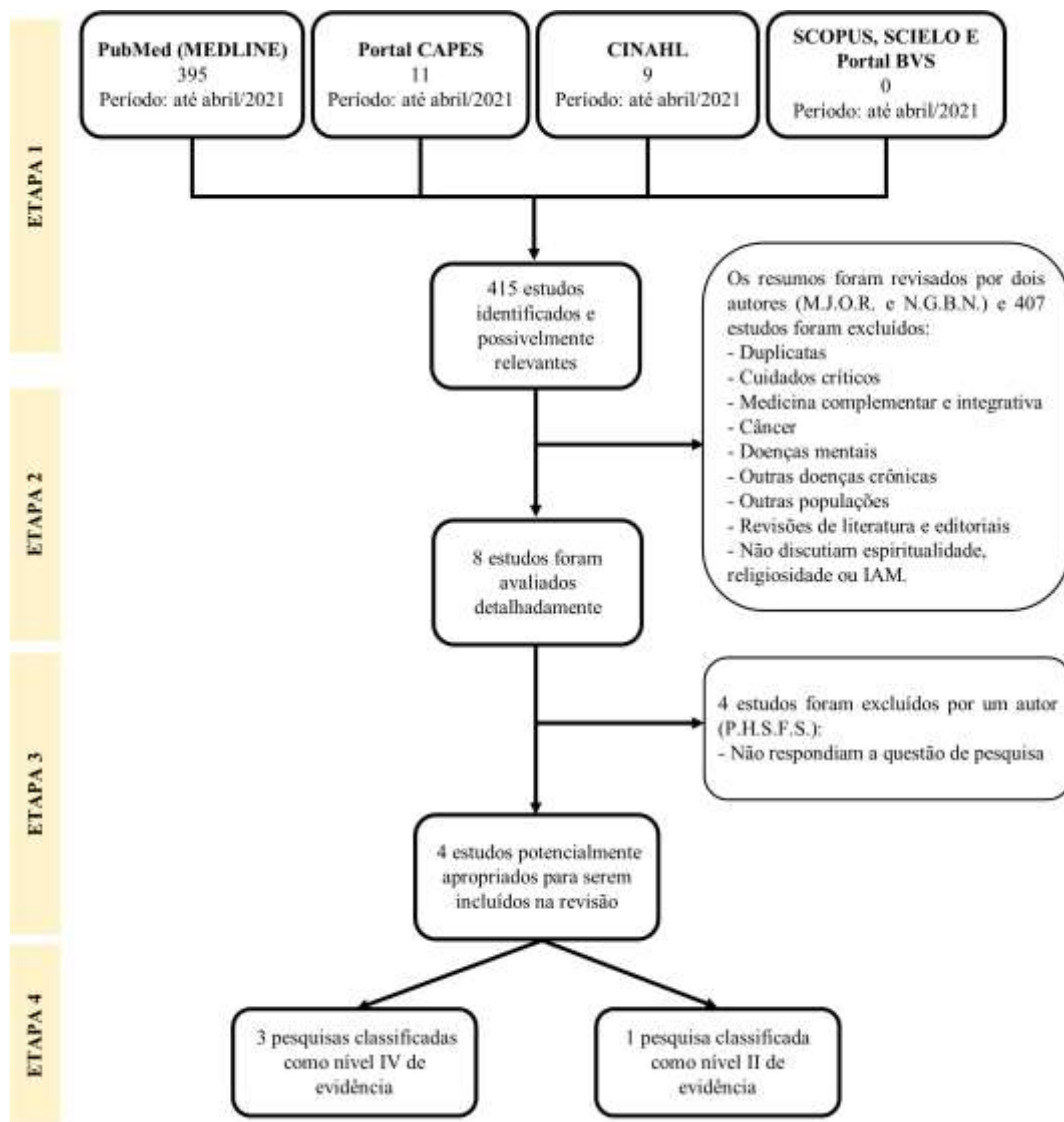
Para a extração das principais informações, utilizou-se o estudo de Souza, Silva e Carvalho (2010), elencando-se os elementos: título, autores, ano, país, desenho do estudo, nível de evidência, principais resultados que convergem com a pergunta norteadora e conclusões dos estudos que importavam ao objetivo desta revisão. Dois revisores independentes selecionaram e classificaram o estudos a serem incluídos. As discordâncias foram analisadas por um terceiro revisor para decisão final.

A classificação se deu utilizando o método de categorização (Olabuénaga et al., 1989), que agrupa os artigos a partir da existência de elementos em comum. O nível de evidência dos estudos foi apoiado por Stetler et al. (1998), que classifica de forma hierárquica, a partir da abordagem metodológica adotada, e seguem as características: Nível 1 - evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2 - evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3 - evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4 - evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5 - evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6 - evidências baseadas em opiniões de especialistas.

3. Resultados

Foram selecionados das bases de dados 415 trabalhos, dos quais 395, da PUBMED; 11, do Portal Periódicos CAPES; e 9, da CINAHL. As bases SCOPUS, SCIELO e o Portal BVS não apresentaram resultados para as combinações feitas. Após aplicação dos critérios de inclusão, exclusão de duplicatas e leitura dos títulos, resumos e texto completo, somente 4 trabalhos seguiram como amostra para análise final (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A amostra final foi composta por artigos publicados entre 2007 e 2020. Todos os trabalhos foram publicados em periódicos internacionais, disponíveis para leitura no idioma inglês e, majoritariamente, desenvolvidos nos Estados Unidos, apenas 1 foi de Taiwan. O Nível IV de evidência foi observado pelo delineamento de estudos de campo transversais de 75% dos artigos da amostra, como observado no Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização dos artigos selecionados para amostra da revisão integrativa, segundo o título, autores, ano da publicação, país onde foi publicado, delineamento, nível de evidência e resultados/conclusões.

TÍTULO	AUTORES, ANO DE PUBLICAÇÃO/ PAÍS	DESENHO DO ESTUDO/ NÍVEL DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS/ CONCLUSÃO
Spiritual well-being and depression in patients with heart failure ¹⁹	Bekelman <i>et al.</i> , 2007 / Estados Unidos da América	Estudo descritivo transversal / Nível 4	Os pacientes que apresentavam maior bem-estar espiritual total, apoio social, estado de saúde e menos sintomas físicos foram significativamente associados a menos depressão. Maior significado/paz foi fortemente associado com menos depressão, enquanto a fê foi menos fortemente associada. Ainda que o bem-estar espiritual seja benéfico, é importante verificar o apoio social, os sintomas físicos e o status de saúde que também foram relacionados à depressão.
Study on the correlation between continuity of care and quality of life for patients with coronary heart disease ²⁰	Pai <i>et al.</i> , 2020 / Taiwan	Estudo descritivo transversal / Nível 4	Os pacientes estudados tinham histórico da doença de 6 anos ou mais e doenças associadas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e angina pectoris. A média dos escores de qualidade de vida, segundo o QoL, foi "moderada", com pontuação mais baixa para a dimensão da saúde psicológica. Foi identificado maior risco de incapacitação pela depressão. O quesito "Ter religião" teve correlação "positiva" e "muito significativa" com os domínios: saúde psicológica, psicológico e relacionamento social. O estudo demonstrou que a idade, com quem vive, o estado financeiro, o risco de incapacidade e a existência de um cuidado continuado influenciam na qualidade de vida. A religião não foi apontada com grande interferência para a qualidade de vida global. Os autores afirmaram a necessidade de fortalecer redes de atenção e apoio social para o cuidado desses pacientes.
The Palliative Care in Heart Failure (PAL-HF) Randomized, Controlled Clinical Trial ²¹	Rogers <i>et al.</i> , 2017 / Estados Unidos da América	Estudo experimental randomizado / Nível 2	A ferramenta utilizada para a avaliação espiritual, <i>FACIT-Sp</i> , permitiu identificar que o bem-estar espiritual foi melhorado no grupo de pacientes que recebeu a intervenção em comparação ao grupo controle (diferença entre ambos de 3,98 pontos, 95% IC 0,46 a 7,50; $p = -0,027$). O modelo de relação também foi realizado com ajuste para idade e sexo e apresentou resultados significativos (diferença entre ambos de 3,93 pontos, 95% IC 0,37 a 7,48; $p = 0,031$). O estudo concluiu que a abordagem interdisciplinar que vise o bem-estar espiritual, físico e psicológico tem benefício para os pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e, por consequência, para suas famílias.
Religion and the use of complementary and alternative medicine (cam) among cardiac patients ²²	Nicdao EG, Ai AL, 2014 / Estados Unidos da América	Estudo descritivo transversal / Nível 4	Entre a amostra de 481 pacientes, as terapias da Medicina Complementar e Alternativa mais utilizadas foram: 55,9%, exercícios e 24,8%, técnicas de relaxamento (massagem); modificação do estilo de vida e da dieta, 24,1%; e a cura espiritual, 23,3%. As chances de usar exercícios na academia diminuíram em 39% quando a religiosidade subjetiva aumentou (OR = 0,61, $p = 0,000$). A cura espiritual foi positivamente associada ao emprego, à religiosidade pública (atividades religiosas coletivas) e privada (atividades religiosas individuais) e à cirurgia de revascularização do miocárdio, enquanto ter infarto do miocárdio e ter um plano de seguro foram negativamente associados a ela. As chances de usar terapia de cura espiritual aumentou quase duas vezes quando o emprego aumentou (OR = 1,99, $p = 0,018$). A chance de usar cura espiritual aumentou 11,8% quando associada à religião (OR = 1,12, $p = 0,003$) e 26,7% para a religiosidade privada a cada uma unidade (OR = 1,27, $p = 0,000$). Com relação à cirurgia de revascularização do miocárdio, a relação de chances para uso da cura espiritual aumentou quase 2,5 vezes (OR = 2,47, $p = 0,006$). A relação da cura espiritual diminuiu em 60,6% para cada aumento de infarto do miocárdio (OR = 0,394, $p = 0,006$). As chances de usar a cura espiritual diminuíram em 55,5% quando havia plano de seguro. O estudo evidenciou a relação entre utilização da MCA com religião e espiritualidade. Para alguns grupos étnicos, religião e espiritualidade podem ser significantes para o enfrentamento de problemas de saúde.

Fonte: Autores.

Vale destacar que não foi relatada pontos negativos durante a prestação da assistência relacionados à abordagem espiritual e religiosa na assistência aos pacientes com a patologia do infarto agudo do miocárdio, muitos dos artigos encontrados e excluídos estão associados com cuidados paliativos e assistência no fim de vida, temas que não condizem com o objetivo desse estudo. A partir da leitura dos resultados dos artigos incluídos, três assuntos principais emergiram como contribuições da espiritualidade e da religiosidade no tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio, nas dimensões

de: saúde mental, redes de apoio social e influência no prognóstico e sintomas.

4. Discussão

As evidências científicas apresentam discussões tanto sobre espiritualidade e religiosidade, quanto para ambas, voltado a temas como cuidados paliativos, práticas integrativas e complementares em saúde, oncologia e outros, conforme encontrados com as estratégias de busca. Porém, relacionado aos pacientes com as condições crônicas do Infarto Agudo do Miocárdio, foi perceptível a escassez de produções científica, ressaltando a necessidade de aprofundamento deste assunto.

No processo de saúde-doença, a recuperação dos pacientes ganha um aliado importante com o uso da espiritualidade e religiosidade no campo da saúde, uma vez que elas ressignificam, para muitos, sentimentos de força e de conforto para o enfrentamento de doenças. Assim, o cuidado espiritual e religioso não deve ser negligenciado pelos profissionais da área da saúde, devendo ser ofertado sem haver emissão de julgamento nem imposição de religião (Viana et al., 2019). Com a proposta de substituição do modelo biomédico na saúde para o modelo de cuidado centrado no paciente, os pesquisadores, profissionais e demais envolvidos no processo de saúde-doença têm enfatizado a necessidade de o olhar holístico ser implementado na atuação interprofissional para a humanização da assistência em saúde (Góes & Crossetti, 2020).

A definição exata dos conceitos “religiosidade” e “espiritualidade” ainda é debatida no meio científico pela subjetividade que as envolve. As religiões costumam embasar-se na construção de comunidades onde as pessoas se apoiam mutuamente, sobretudo em situações de crises financeiras, sociais, familiares ou de saúde. Nela, o indivíduo e a comunidade voltam-se a um relacionamento próprio com Deus, ou deuses, ou força maior com rituais, práticas e símbolos estabelecidos pelos guias/chefes religiosos (Thiengo et al., 2019). Dessa forma, a religiosidade torna-se uma expressão de espiritualidade. As questões de autoconhecimento, interesses coletivos, significado e propósito de vida, que dependem das experiências individuais e da percepção particular do mundo dizem respeito à espiritualidade, sem ligação necessária com rituais, práticas e simbologias (Puchalski et al., 2014; Thiengo et al., 2019).

Na literatura, religiões como o protestantismo, catolicismo e religiões de matriz africana são trabalhadas como Religiosidade Organizacional (RO) e, de forma específica, referem-se à dimensão do bem-estar religioso (Gomes & Bezerra, 2020). No âmbito da espiritualidade, que integra as dimensões de bem-estar existencial e espiritual, essas redes de apoio são criadas de formas diferentes, pois não existe uma organização hierárquica que estabelece responsabilidades, como a adesão de dogmas ou atividades internas. Assim, a Religiosidade Não Organizacional (RNO) interliga pessoas com crenças espirituais semelhantes entre si e com o ambiente por simpatia, sensação de bem-estar e para o fortalecimento e elevação das crenças em si (Arrieira et al., 2018; Gomes & Bezerra, 2020; Thiengo et al., 2019).

Pelos benefícios encontrados até o momento, as espiritualidade e religiosidade têm se tornado um assunto muito debatido na literatura sob diferentes perspectivas, em especial, sobre a avaliação dos resultados da sua implementação (Gillilan et al., 2017). No entanto, o presente artigo chama atenção para a escassez de estudos sobre essa temática em relação aos pacientes acometidos pelo Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e, desse modo, para a importância de mais debates sobre o tema.

O IAM é uma experiência de ameaça à vida, um evento causador de impactos negativos na qualidade de vida e no estado mental do paciente. O estudo de Wachelder et al. (2016) constatou que, no período pós-infarto, ter um bem-estar espiritual afeta positivamente a qualidade de vida das vítimas, criando um maior estado de significado e paz, correlacionando-se, portanto, a uma maior satisfação com a vida. Corroborando esses achados, Park e Lee (2020) afirmam que as espiritualidade e religiosidade são capazes de produzir também, nesses indivíduos, paz espiritual, relacionada a estados mentais benéficos e qualidade de vida, no âmbito das saúdes mental e física.

Ademais, pacientes que sofreram IAM tendem a ter consequências que necessitam de cuidados prolongados devido ao

risco de morbidade pela presença de patologias coadjuvantes, como insuficiência cardíaca (IC) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (SBC, 2019). Como estratégia de apoio, a combinação de crenças e o envolvimento religioso são aliados para determinar os efeitos na saúde dos pacientes, uma vez que diante do sofrimento e do desgaste causados pela doença, os pacientes podem encontrar na crença religiosa uma fonte de apoio para o enfrentamento da doença e do seu tratamento (Thiengo et al., 2019).

Assim, os pacientes que têm IC como consequência do IAM apresentam, por suas características físicas, um perfil crônico e limitador que afeta diretamente a saúde mental dos indivíduos. É habitual a presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, que agem diretamente na redução da qualidade de vida. Diante disso, o estudo de Rogers et al. (2017) identificou que o bem-estar espiritual está inversamente relacionado à depressão, pois pacientes com maior estado de paz espiritual no início do estudo experimentaram menos sintomas depressivos 6 meses depois, sendo a paz espiritual caracterizada como um forte preditor para a reversão dos sintomas depressivos (Rogers et al., 2017).

A relação entre a melhora dos sintomas físicos, a presença de suporte social e o estado de saúde em pacientes com IC foi avaliada por Bekelman et al. (2007), que constataram que um menor índice de depressão melhora a percepção dos sintomas físicos da doença, resultando em um estado de paz espiritual (Bekelman et al., 2007). Corroborando os achados descritos anteriormente, McIlvennan e Allen (2016) e Trevino e McConnell (2015) relataram que a espiritualidade contribui significativamente para a qualidade de vida e processo de reabilitação de indivíduos com insuficiência cardíaca.

Os achados desta pesquisa estão em conformidade com a revisão sistemática de Abu et al. (2018), que demonstraram que a espiritualidade e religiosidade inspiram pacientes com diferentes doenças cardíacas, entre elas IAM e ICC, a melhorarem suas condições e hábitos de vida. Ainda que as práticas espirituais e religiosas não venham a interferir diretamente na fisiopatologia de algumas doenças, elas proporcionam um melhor enfrentamento e aceitação tanto do paciente quanto dos familiares e reduzem as chances de transtornos mentais, especialmente para a ansiedade e a depressão, como é visto em Bekelman et al. (2007)

A existência de uma rede estruturada de apoio social foi apontada como benéfica. O suporte social não depende diretamente da frequência de encontros religiosos ou de redes organizacionais de vertentes religiosas. Em condições de saúde que limitam as práticas públicas da religiosidade organizacional (RO), a espiritualidade e a religiosidade não são prejudicadas. No estudo de Gomes e Bezerra (2020), a espiritualidade e a religiosidade apresentaram-se como domínios importantes no período pré-operatório de pacientes cardíacos eletivos autodeclarados católicos e evangélicos, ou seja, com RO. Na ausência de acompanhantes no período de internação, as práticas espirituais privadas (orações, meditação, leitura de textos religiosos) foram mais identificadas ($5,20 \pm 0,9$; $p = 0,03$). Entretanto, na presença de acompanhantes, quando relacionadas à categorias sociodemográficas e clínicas, não existiram valores de correlação significativa para o bem-estar espiritual total na prática de organizacional ou não-organizacional (valor $p = 0,98$) (Gomes & Bezerra, 2020). O grupo étnico com o qual os pacientes se identificam também se vincula à preferência de práticas religiosas/espirituais e, por conseguinte, há um diferencial na escolha e/ou adesão de tratamentos (Nicdao et al., 2014).

A partir dessas redes de apoio social, os processos de enfrentamento e, por vezes, de aceitação da doença e dos tratamentos ou dos procedimentos necessários são melhorados e há um menor sofrimento percebido neles (Bekelman et al., 2007). Ahrenfeldt et al. (2019) associaram, por meio de um estudo randomizado multicêntrico, doenças cardíacas – ditas como “doenças somáticas”, como o infarto agudo do miocárdio – a crenças religiosas ou espirituais dos pacientes. A diferenciação entre as práticas de “Rezar”, “Participar de uma organização” e “Ser educado religiosamente” permitiu também variação nas relações entre as doenças. O ato de “rezar” prevaleceu entre os pacientes com ataque cardíaco (OR 1,27, IC95%, 1,10, 1,48), bem como entre aqueles que se enquadravam como “Menos religiosos” sobre “Ser educado religiosamente” (OR = 1,49). Por outro lado, “participar de uma organização religiosa” vinculou-se a um menor Odds Ratio (= 0.74) para os pacientes com essa

mesma condição (Ahrenfeldt et al., 2019). O estudo de Pai et al. (2020) dialoga com o supracitado por encontrar relações “positiva” e “muito significativa” entre “ter religião” e um bom “relacionamento social”, concluindo-se que deve ser uma das responsabilidades do poder público desenvolver e melhorar as redes de apoio social nas instituições de saúde (Pai et al., 2020).

Em consonância a isto, o conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002), de 1978, junto a outros órgãos e associações de saúde internacionais, valida a inclusão do bem-estar espiritual como um fator de prevenção das doenças em geral. A nível individual, a percepção e o julgamento do conceito de saúde e de doença variam conforme a cultura, a moral e as vivências particulares das pessoas (OMS, 2002). Em sua maioria, as doenças do sistema cardiovascular são caracterizadas como crônicas e apresentam estabilidade ou piora dos sintomas e da condição geral com o tempo, pela soma de fatores de risco, como estresse, alimentação não saudável, aumento da atividade inflamatória e outros (Chinnaiyan et al., 2021; Guimarães & Avezum, 2007).

Assim, no diagnóstico ou evento de uma doença cardiovascular, como o IAM, os hábitos de vida, as crenças particulares, religiosas ou espirituais e as escolhas para o autocuidado podem preceder ou proceder mudanças fisiológicas (Chinnaiyan et al., 2021; Guimarães & Avezum, 2007). Nos últimos 20 anos, abordou-se experimentalmente, na literatura, os efeitos sistêmicos de se ter crenças religiosas e espirituais na proteção de ocorrência ou recorrência de doenças cardiovasculares, com destaque para o IAM, o derrame e a hipertensão (Guimarães & Avezum, 2007). A título de exemplo, o estudo iraniano de Kazeminezhad et al. (2020) com pacientes com IC evidenciou a relação direta e significativa da prática de oração com a de maiores níveis de autocuidado, de forma que a maior frequência do hábito de orar implicava em um maior autocuidado. O gênero e o nível educacional também foram correlacionados tanto com a prática da oração quanto com o autocuidado.

Guimarães e Avezum (2007) e Chinnaiyan et al. (2021) reúnem, em revisões da literatura, achados das mudanças sistêmicas provocadas por atividades religiosas, individuais ou públicas, e práticas e crenças espirituais em pacientes cardíacos ou com outras condições de doença. Práticas como a yoga e o mindfulness, que une técnicas de respiração e posturas (exercício físico) com a meditação (prática espiritual), provocaram nos pacientes o equilíbrio na manifestação dos efeitos do sistema nervoso autônomo (SNA), a redução da atividade de marcadores inflamatórios (NF-kB e níveis circulantes de Proteína C-Reativa), e mudanças nas atividades hormonais e imunológicas (aumento na contagem de célula CD4+ e T) (Chinnaiyan et al., 2021). A participação em atividades religiosas foi vinculada a menores níveis de Interleucina-6 (IL-6) e outros marcadores inflamatórios, como alfa-2 globulina, d-dímero, leucócitos polimorfonucleares e linfócitos; e a menores taxas de cortisol urinário em 24h e de sintomas depressivos (Guimarães & Avezum, 2007). A redução da mortalidade pôde ser observada com relações diretas em ambas as revisões, com regressão de 30% e 33% da mortalidade geral e de 24%-25% de fatores de risco (Chinnaiyan et al., 2021; Guimarães & Avezum, 2007).

Portanto, considerando as referidas contribuições da espiritualidade e da religiosidade nos cuidados aos pacientes, apesar da tendência de progressão do número de estudos a respeito da espiritualidade no âmbito da saúde, chama-se atenção para o tema da espiritualidade e religiosidade no cuidado aos pacientes, em especial aos com IAM, a fim de contribuir como uma estratégia de enfrentamento da situação tanto para os pacientes, como para os familiares, profissionais da saúde e todos os envolvidos na prática assistencial.

5. Considerações Finais

Segundo os achados desta revisão integrativa, as principais contribuições da religiosidade e da espiritualidade aos pacientes com infarto agudo do miocárdio dizem respeito a melhorias na dimensão da saúde mental dos pacientes, com influência na percepção individual de saúde, nos hábitos da vida cotidiana e na qualidade de vida geral. Além disso, os fatores

de risco conhecidos do IAM, tais como estresse, alimentação não saudável, sedentarismo, entre outros, tendem a ser reduzidos com a atividade religiosa e/ou espiritual, pelos efeitos relacionados a uma melhor qualidade de vida e das sensações de bem-estar.

Paralelamente, percebe-se também que a religiosidade e a espiritualidade desenvolvidas unicamente não apresentam os mesmos efeitos do que a sua associação com o cuidado interdisciplinar centrado no paciente e com ações individuais, como atividades físicas. Como precede os princípios de integralidade, o conjunto de cuidados voltados para as dimensões que formam o ser humano deve ser desenvolvido igualmente. Portanto, integrar no planejamento do cuidado o suporte religioso/espiritual, conforme as crenças de cada paciente com IAM, é uma estratégia que favorece o processo saúde-doença como um todo.

As limitações do presente estudo estão relacionadas a pouca quantidade de trabalhos voltados para a perspectiva da assistência e associação entre espiritualidade e religiosidade a pacientes com IAM, e que não abordem os cuidados de fim de vida, uma vez que muitos pacientes nessa condição de doença não necessariamente direcionam-se ao óbito. Assim, incentiva-se o desenvolvimento de mais estudos sobre a temática de forma quantitativa ou qualitativamente a fim de apresentar mais influências desse cuidado a esta população.

Agradecimentos

À Universidade Federal de Sergipe (UFS), à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (POSGRAP) desta instituição e, ainda, ao Programa de Iniciação Científica Voluntária (PICVOL), vinculado ao Edital nº 01/2020/UFS pelo incentivo financeiro.

Referências

- Abu, H. O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J. J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. J., & Kiefe, C. I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Qual Life Res*, 27(11), 2777-2797. 10.1007/s11136-018-1906-4.
- Ahrenfeldt, L. J., Hvidt, N. C., Kjoller, S. T., Moller, S., & Lindahl-Jacobsen, R. (2019). Religiousness and Diseases in Europe: Findings from SHARE. *J Relig Health*, 58(6), 1925-1937. 10.1007/s10943-018-0664-5.
- Arnold, S. V., Spertus, J. A., Jones, P. G., Xiao, L., & Cohen, D. J. (2009). The impact of dyspnea on health-related quality of life in patients with coronary artery disease: results from the PREMIER registry. *Am Heart J*, 157(6), 1042-1049. 10.1016/j.ahj.2009.03.021.
- Arriera, I. C. d. O., Thofehn, M. B., Porto, A. R., Moura, P. M. M., Martins, C. L., & Jacondino, M. B. (2018). Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP*, 52, e03312. 10.1590/S1980-220X2017007403312.
- Babamohamadi, H., Kadkhodaei-Elyaderani, H., Ebrahimian, A., & Ghorbani, R. (2020). The Effect of Spiritual Care Based on the Sound Heart Model on the Spiritual Health of Patients with Acute Myocardial Infarction. *J Relig Health*, 59(5), 2638-2653. 10.1007/s10943-020-01003-w.
- Babamohamadi, H., Sotodehasl, N., Koenig, H. G., Al Zaben, F., Jahani, C., & Ghorbani, R. (2017). The Effect of Holy Qur'an Recitation on Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients: A Randomized Clinical Trial. *J Relig Health*, 56(1), 345-354. 10.1007/s10943-016-0281-0.
- Bekelman, D. B., Dy, S. M., Becker, D. M., Wittstein, I. S., Hendricks, D. E., Yamashita, T. E., & Gottlieb, S. H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*, 22(4), 470-477. 10.1007/s11606-006-0044-9.
- Chinnaiyan, K. M., Revankar, R., Shapiro, M. D., & Kalra, A. (2021). Heart, mind, and soul: spirituality in cardiovascular medicine. *Eur Heart J*, 42(31), 2965-68. 10.1093/eurheartj/ehab080.
- Grupo Anima Educação. (2014). *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Grupo Anima Educação.
- Gesualdo, G. D., Menezes, A. L. C., Rusa, S. G., Napoleão, A. A., Figueiredo, R. M. d., Melhado, V. R., & Orlandi, F. d. S. (2017). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. *Texto Contexto Enferm*, 26(2), e05600015. 10.1590/0104-07072017005600015.
- Gillilan, R., Qawi, S., Weymiller, A. J., & Puchalski, C. (2017). Spiritual distress and spiritual care in advanced heart failure. *Heart Fail Rev*, 22(5), 581-591. 10.1007/s10741-017-9635-2.
- Gillum, R. F., King, D. E., Obisesan, T. O., & Koenig, H. G. (2008). Frequency of attendance at religious services and mortality in a U.S. national cohort. *Ann Epidemiol*, 18(2), 124-129. 10.1016/j.annepidem.2007.10.015.

- Góes, M. G. O., & Crossetti, M. G. O. (2020). Desenvolvimento de um modelo de cuidado espiritual para pacientes e familiares no adoecimento. *Rev Gaúcha Enferm*, 41(esp), e20190150. 10.1590/1983-1447.2020.20190150.
- Gomes, E. T., & Bezerra, S. M. M. d. S. (2020). Religiosidade, bem-estar espiritual e cuidado transpessoal no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Cuid*, 11(2), e1020. 10.15649/cuidarte.1020.
- Gomes, F., Lima, M., Ima, M., Assis, T., & Gomes, E. (2018). Análise da mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil: dados atuais e projeções futuras. In GMC, O., MLS, P., & organizadores (Eds.), *Saúde: Os desafios do mundo contemporâneo* (Vol. v. 2, pp. 246-262). Instituto Medeiros de Educação Avançada - IMEA.
- Gonçalves, L. S. (2018). *Influência da espiritualidade/religiosidade no infarto agudo do miocárdio: gravidade e fatores associados*. (Monografia, Universidade do Sul de Santa Catarina). <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9316/1/final%20final%20final.pdf>
- Guimarães, H. P., & Avezum, Á. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr*, 34(supl 1), 88-94. 10.1590/S0101-60832007000700012.
- Horne, B. D., May, H. T., Anderson, J. L., Kfoury, A. G., Bailey, B. M., McClure, B. S., . . . Intermountain Heart Collaborative, S. (2008). Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *Am J Cardiol*, 102(7), 814-819. 10.1016/j.amjcard.2008.05.021.
- Johnson, N., & Phillips, M. (2018). Rayyan for systematic reviews. *J. Electron. Resour. Librariansh*, 30(1), 46-48. 10.1080/1941126X.2018.1444339.
- Kazeminezhad, B., Tarjoman, A., & Borji, M. (2020). Relationship Between Praying and Self-Care in Elderly with Heart Failure: A Cross-Sectional Study in West of Iran. *J Relig Health*, 59(1), 19-28. 10.1007/s10943-018-00757-8.
- Li, S., Stampfer, M. J., Williams, D. R., & VanderWeele, T. J. (2016). Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. *JAMA Intern Med*, 176(6), 777-785. 10.1001/jamainternmed.2016.1615.
- McIlvennan, C. K., & Allen, L. A. (2016). Palliative care in patients with heart failure. *BMJ*, 353, i1010. 10.1136/bmj.i1010.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. d. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 758-764. 10.1590/S0104-07072008000400018
- Meng, Q., Zhang, X., Shi, R., Liao, H., & Chen, X. (2019). Correlation between religion and hypertension. *Intern Emerg Med*, 14(2), 209-237. 10.1007/s11739-018-1791-4.
- Nicdao, E. G., & Ai, A. L. (2014). Religion and the use of complementary and alternative medicine (CAM) among cardiac patients. *J Relig Health*, 53(3), 864-877. 10.1007/s10943-013-9681-6.
- Olabuénaga, J. I. R., & Uribarri, M. A. I. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Organização Mundial da Saúde (2002). Declaração Alma-Ata sobre Cuidados Primários. In Ministério da Saúde, S. d. P. d. S., Projeto Promoção da Saúde (Ed.), *As Cartas da Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde. https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
- Pai, H. C., Hu, Y. F., Chao, S. Y., & Chen, H. M. (2020). Study on the Correlation between Continuity of Care and Quality of Life for Patients with Coronary Heart Disease. *Int J Environ Res Public Health*, 17(23), 9125. 10.3390/ijerph17239125.
- Park, C. L., & Lee, S. Y. (2020). Unique effects of religiousness/spirituality and social support on mental and physical well-being in people living with congestive heart failure. *J Behav Med*, 43(4), 630-637. 10.1007/s10865-019-00101-9.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med*, 17(6), 642-656. 10.1089/jpm.2014.9427.
- Rogers, J. G., Patel, C. B., Mentz, R. J., Granger, B. B., Steinhauser, K. E., Fiuzat, M., . . . & Tulskey, J. A. (2017). Palliative Care in Heart Failure: The PAL-HF Randomized, Controlled Clinical Trial. *J Am Coll Cardiol*, 70(3), 331-341. 10.1016/j.jacc.2017.05.030.
- SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019). Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol*, 113(4), 787-891. 10.5935/abc.20190204.
- Shah, N., Kelly, A. M., Cox, N., Wong, C., & Soon, K. (2016). Myocardial Infarction in the "Young": Risk Factors, Presentation, Management and Prognosis. *Heart Lung Circ*, 25(10), 955-960. 10.1016/j.hlc.2016.04.015.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. 10.1590/s1679-45082010rw1134
- Stetler, C., Morsi, D., Rucki, S., Broughton, S., Corrigan, B., Fitzgerald, J., . . . & Sheridan, E. (1998). Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*, 11(4), 195-206. 10.1016/s0897-1897(98)80329-7
- Thiengo, P., Gomes, A., Mercês, M., Couto, P., França, L., & Silva, A. (2019). Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare enferm*. [Internet], 24, e58692. 10.5380/ce.v24i0.58692.
- Trevino, K. M., & McConnell, T. R. (2015). Religiosity and spirituality during cardiac rehabilitation: a longitudinal evaluation of patient-reported outcomes and exercise capacity. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 35(4), 246-254. 10.1097/HCR.0000000000000110.
- Valenti, L., Lim, L., Heller, R. F., & Knapp, J. (1996). An improved questionnaire for assessing quality of life after acute myocardial infarction. *Qual Life Res*, 5(1), 151-161. 10.1007/BF00435980.
- Viana, A., Lopes, M., Vasconcelos, M., Evangelista, C., Lima, D., & Alves, A. (2019). Espiritualidade, religiosidade e malformação congênita. *Rev enferm UERJ*, 27, e40193. 10.12957/reuerj.2019.40193.

Wachelder, E. M., Moulaert, V. R., van Heugten, C., Gorgels, T., Wade, D. T., & Verbunt, J. A. (2016). Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. *Resuscitation*, 109, 81-86. [10.1016/j.resuscitation.2016.09.025](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.09.025).

World Health Organization (2014). *Global status report on noncommunicable disease 2014* [Internet]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf

World Health Organization (2017, 11 jun 2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).