

## **Religiosidade de indivíduos hospitalizados com síndrome coronariana aguda em um hospital de urgência e emergência do Acre**

Religiosity of individuals hospitalized with acute coronary syndrome in an urgency and emergency hospital in Acre

Religiosidad de personas hospitalizadas con síndrome coronario agudo en un hospital de urgencia y emergencia en Acre

Recebido: 09/03/2023 | Revisado: 16/03/2023 | Aceitado: 17/03/2023 | Publicado: 23/03/2023

### **Mathews Barbosa Santiago**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0858-9617>  
Centro Universitário Uninorte, Brasil  
E-mail: mathewsbarbosa@hotmail.com

### **Thais Oliveira Nascimento**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5213-9635>  
Centro Universitário Uninorte, Brasil  
E-mail: thaisinha.on@gmail.com

### **Felipe Cordeiro Amaral**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3753-3798>  
Centro Universitário Uninorte, Brasil  
E-mail: felipe.cordeiro.amaral@hotmail.com

### **Sarah Bader Campos**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7768-1867>  
Centro Universitário Uninorte, Brasil  
E-mail: sarahbader2203@gmail.com

### **Matilde da Silva Conceição**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5097-7835>  
Centro Universitário Uninorte, Brasil  
E-mail: matieconceicao@gmail.com

### **Christopher Wando da Silva Souza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8281-9890>  
Centro Universitário Uninorte, Brasil  
E-mail: christopherwando07@gmail.com

### **Jair Alves Maia**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9078-0482>  
Centro Universitário Uninorte, Brasil  
E-mail: jairalvesac100@gmail.com

### **Ruth Silva Lima da Costa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1890-086X>  
Centro Universitário Uninorte, Brasil  
E-mail: ruttilyma@gmail.com

### **Resumo**

Objetivou-se avaliar a religiosidade de indivíduos hospitalizados com síndrome coronariana aguda em um hospital de urgência e emergência do Acre. Trata-se de estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 65 indivíduos de ambos os sexos. Para a coleta de dados, utilizou-se a versão em português da escala de religiosidade da Duke (P-DUREL) e um formulário para coleta de dados sociodemográficos. A maioria encontrava-se na faixa etária de 50 a 60 anos 28 (43%), do sexo masculino 50 (70%), da raça/cor da pele parda 42 (65%), com ensino fundamental incompleto 21(32%) e da religião católica 33(51%). Quanto a religiosidade organizacional a maior parte demonstrou frequentar a igreja uma vez por semana 18 (28%). Frente a religiosidade não organizacional a maioria evidenciou realizar a atividades religiosas individuais 26(40%). Sobre os índices de religiosidade intrínseca, observou-se que a maioria verbalizou sentir a presença de Deus 56 ( 86%), que as crenças religiosas estão realmente por trás de toda a sua maneira de viver 41 (63%) e que a maioria se esforça muito para viver a religião em todos os aspectos vida 35 (54%). Conclui-se que a religiosidade dos indivíduos hospitalizados com síndrome coronariana aguda foi considerada satisfatória podendo contribuir para desfechos favoráveis em saúde, no entanto no presente estudo a religião/religiosidade não influenciou no risco cardiovascular.

**Palavras-chave:** Síndrome coronariana aguda; Religião e medicina; Hospitalização.

### Abstract

The objective was to evaluate the religiosity of individuals hospitalized with acute coronary syndrome in an emergency hospital in Acre. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 65 individuals of both sexes. For data collection, the Portuguese version of the Duke religiosity scale (P-DUREL) and a form for collecting socio-demographic data were used. Most were aged between 50 and 60 years old 28 (43%), male 50 (70%), of brown race/skin color 42 (65%), with incomplete primary education 21 (32%) and the Catholic religion 33(51%). As for organizational religiosity, most demonstrated to attend church once a week 18 (28%). Faced with non-organizational religiosity, most evidenced carrying out individual religious activities 26 (40%). Regarding the intrinsic religiosity indexes, it was observed that the majority verbalized feeling the presence of God 56 (86%), that religious beliefs are really behind their whole way of living 41 (63%) and that the majority tries hard to live religion in all aspects of life 35 (54%). It is concluded that the religiosity of individuals hospitalized with acute coronary syndrome was considered satisfactory and may contribute to favorable health outcomes; however, in the present study, religion/religiosity did not influence cardiovascular risk.

**Keywords:** Acute coronary syndrome; Religion and medicine; Hospitalization.

### Resumen

The objective was to evaluate the religiosity of individuals hospitalized with acute coronary syndrome in an emergency hospital in Acre. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 65 individuals of both sexes. For data collection, the Portuguese version of the Duke religiosity scale (P-DUREL) and a form for collecting socio-demographic data were used. Most were aged between 50 and 60 years old 28 (43%), male 50 (70%), of brown race/skin color 42 (65%), with incomplete primary education 21 (32%) and the Catholic religion 33(51%). As for organizational religiosity, most demonstrated to attend church once a week 18 (28%). Faced with non-organizational religiosity, most evidenced carrying out individual religious activities 26 (40%). Regarding the intrinsic religiosity indexes, it was observed that the majority verbalized feeling the presence of God 56 (86%), that religious beliefs are really behind their whole way of living 41 (63%) and that the majority tries hard to live religion in all aspects of life 35 (54%). It is concluded that the religiosity of individuals hospitalized with acute coronary syndrome was considered satisfactory and may contribute to favorable health outcomes; however, in the present study, religion/religiosity did not influence cardiovascular risk.

**Palabras clave:** Síndrome coronario agudo; Religión y medicina; Hospitalization.

## 1. Introdução

Nos últimos anos, vem crescendo consideravelmente o interesse em pesquisas sobre Espiritualidade/Religiosidade (E/R), e sua relação com a medicina, especialmente no que se refere o bem-estar e questões de saúde (Lucchetti et al., 2013; Strelhow & Henz, 2017).

Nesse sentido, enquanto a religião se refere ao sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos, que facilitam a relação com o sagrado evidenciado como Deus, força maior ou verdade suprema, sendo assim a religiosidade indica o quanto uma pessoa acredita, segue e pratica uma determinada religião. Por outro lado, a espiritualidade se refere a uma busca pessoal pela compreensão de questões existenciais maiores como, por exemplo, o fim e o sentido da vida, e suas relações com o sagrado e/ou transcendente (Koenig et al., 2001, Koenig et al., 2012).

No que se referem as doenças cardiovasculares (DCV), as doenças isquêmicas do coração (DIC) estão entre as doenças que causam mais mortes no mundo, com um total de 8,76 milhões de óbitos em 2015 e cerca de 9 milhões de óbitos em 2016. Elas se configuram como um conjunto de doenças cujo expoente é o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (Thygesen et al., 2012; Kotecha & Rakhit, 2016; Reed et al., 2017).

No Brasil as DCVs têm sido a principal causa de mortalidade no Brasil desde a década de 1960, sendo responsável por uma substancial carga de patologias no país. Ela lidera as causas de mortalidade em ambos os sexos, e representa taxa de mortalidade de 80,02% em 2017 (Oliveira et al., 2020) e com vasto impacto econômico – custo direto estimado em R\$ 3,8 bilhões para os cofres públicos (Teich & Araújo, 2011).

Uma interface a ser explorada no contexto das doenças cardiovasculares é a influência da (E/R), em particular no Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). (Lucchese & Koenig, 2013).

A E/R é vista como a maneira que os indivíduos buscam e expressam o sentido e o propósito de suas vidas, numa conexão consigo mesmos, com os outros e com o transcendente – Deus, Allah, HaShem; Brahman, Buda ou Tao. Usualmente, está ligada a religião, embora estenda-se além da mesma (Lucchese & Koenig, 2013; Puchalski et al., 2014; Timmins & Caldeira, 2017; Wachelder et al., 2016).

Para mensurar E/R, existem escalas validadas úteis para associar com desfechos em saúde, como a *Duke University Religion Index* (DUREL) que engloba três dimensões de E/R: religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca (Koenig, & Büssing, 2010). Essa escala foi adaptada e validada à cultura brasileira (Silva, 2003; Moreira-Almeida et al., 2008)

Mediante ao fato de haver uma escassez de publicações objetivas a respeito da aplicabilidade clínica de intervenções religiosas e espirituais sobre a temática em questão, alguns resultados já indicam a influência da E/R na saúde e qualidade de vida, principalmente de pacientes com doenças graves. Sendo assim o presente estudo tem por objetivo avaliar a religiosidade de indivíduos hospitalizados com síndrome coronariana aguda em um hospital de urgência e emergência do Acre.

## 2. Metodologia

A investigação teve abordagem quantitativa, do tipo descritivo e transversal de acordo com a metodologia proposta por Pereira et al., (2018). A amostra foi composta por 65 pacientes hospitalizados, com síndrome coronariana aguda (SCA) e teve como cenário o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - Acre, que é de médio porte e atende exclusivamente pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os critérios de inclusão consistiram em: indivíduos de ambos os sexos, admitidos no hospital entre dezembro de 2020 a junho de 2021, com diagnóstico de SCA, com indicação para leito no setor de dor torácica, maiores de 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa. Por sua vez foram excluídos da amostra os indivíduos admitidos no setor de dor torácica menores de 18 anos, que não se encontravam em condições físicas e mentais para participarem do estudo e que se recusaram a participar da pesquisa.

Para a coleta de dados, a equipe de pesquisa compareceu à unidade de dor torácica semanalmente nas segundas, quartas e sextas feiras por um período de 6 meses, a saber dezembro de 2020 a junho de 2021. Antes da coleta a equipe se certificou das condições clínicas dos pacientes para a realização da atividade, bem como antes do início, eles foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e autorizaram para participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu pela aplicação de um formulário elaborado pelos próprios pesquisadores, com perguntas fechadas de múltipla escolha contendo cinco questões sobre os dados sócio demográficos e a versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). A *Duke Religions Index* (DUREL) é uma escala breve e fácil, que se tem mostrado muito útil em pesquisas sobre religiosidade e saúde em diversos países. Ela possui cinco itens que captam três dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: Organizacional (RO); Não-Organizacional (RNO) e intrínseca (RI) (Koenig, & Büssing, 2010). Para cada entrevista foi levado um tempo de aproximadamente 30 minutos.

Os dados coletados foram processados e analisados usando o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 18.0. Utilizou-se a estatística descritiva, incluindo frequência absoluta e percentual.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade ao preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninorte sob o parecer nº 4.327.548 e CAAE: 36481120.4.0000.8028, bem como no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro colaborador Hospital das Clínicas do Acre sob o parecer nº, nº.4.429.717 e CAAE: 36481120.4.3001.5009 e os entrevistados formalizaram sua anuência de participação do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3. Resultados e Discussão

Verificou-se na Tabela 1 que a maioria se encontrava na faixa etária de 50 a 60 anos de idade 28 (43%), do sexo masculino 50 (70%), da raça/cor da pele parda 42 (65%), com ensino fundamental incompleto 21(32%) e professavam a religião católica 33(51%). As Tabelas 2, 3 e 4 apresentam os resultados obtidos pela P-DUREL, onde observou-se que grande proporção dos participantes do estudo pertencia a alguma religião.

A Tabela 1 evidencia os dados sociodemográficos de indivíduos com síndrome coronariana aguda dos indivíduos acidentados por SCA.

**Tabela 1** - Dados sociodemográficos de indivíduos com síndrome coronariana aguda de um hospital de urgência e emergência do Acre no período de dezembro de 2020 a junho de 2021 (n=65).

| Variáveis                 | N  | %   |
|---------------------------|----|-----|
| <b>Sexo</b>               |    |     |
| Masculino                 | 50 | 77% |
| Feminino                  | 15 | 23% |
| <b>Faixa etária</b>       |    |     |
| >30 a 40 anos             | 4  | 6%  |
| >40 a 50 anos             | 10 | 15% |
| > 50 a 60 anos            | 28 | 43% |
| >60 a 70 anos             | 12 | 18% |
| > 70 a 79 anos            | 9  | 14% |
| 80 anos ou mais           | 2  | 3%  |
| <b>Cor/Raça</b>           |    |     |
| Branco                    | 13 | 20% |
| Preto                     | 7  | 11% |
| Amarelo                   | 3  | 5%  |
| Indígena                  | 0  | 0%  |
| Pardo                     | 42 | 65% |
| Negra                     | 7  | 11% |
| <b>Grau de Instrução</b>  |    |     |
| Analfabeto                | 8  | 12% |
| Fundamental incompleto    | 21 | 32% |
| Fundamental completo      | 11 | 17% |
| Médio incompleto          | 6  | 9%  |
| Médio completo            | 12 | 18% |
| Superior Incompleto       | 2  | 3%  |
| Superior Completo         | 5  | 8%  |
| <b>Religião declarada</b> |    |     |
| Evangélica                | 25 | 38% |
| Católica                  | 33 | 51% |
| Umbandista                | 1  | 2%  |
| Espírita                  | 2  | 3%  |
| Sem religião              | 4  | 6%  |

Fonte: Instrumento de Pesquisa.

De acordo com os dados expostos na Tabela 1, pode-se observar que a maioria dos portadores de SCA pertenciam ao sexo masculino. De acordo com a literatura, esse fato pode ser justificado tendo em vista que os homens tendem a apresentar hábitos inadequados de vida como dietas irregulares sem restrição de gorduras, etilismo, tabagismo e falta de atividade física regular, bem como procurar menos do que as mulheres por atendimento médico nos serviços de saúde. Dessa forma, o estilo de vida inadequado pode gerar distúrbios que são considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares, dentre eles destacam-se a obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia entre outras (Levorato et al., 2014; Teston et al., 2016).

O estabelecimento da relação entre idade, raça e crenças religiosas é complexa e pode variar muito dependendo do contexto individual e cultural. Dessa forma-se torna-se difícil fazer generalizações sobre a faixa etária que se sobressai entre pessoas religiosas, pois isso pode diferir muito dependendo da religião, região e contexto cultural. No entanto, é comum que as

peças na meia-idade, entre 50 e 60 anos, tenham um senso de crença religiosa mais estabelecido e sejam mais ativas em sua comunidade religiosa. Isso se deve a uma combinação de fatores, como experiências de vida, antecedentes familiares e uma busca por significado e propósito à medida que avançam pela vida adulta, bem como para o enfrentamento de situações estressoras como conflitos familiares e doenças (Mota et al., 2022; Kumm & Cassetari, 2021).

No que se refere a influência do grau de instrução sobre o desenvolvimento da SCA, no presente estudo, torna-se possível reflexionar a existência de uma relação entre a patologia, a crença pessoal e a escolaridade, visto que a dimensão religiosa ao qual o indivíduo está inserido pode ser considerada uma doutrina responsável por moldar o senso crítico pessoal e a dualidade entre fé e razão, fatores determinantes para a formação de visão de mundo, modo de agir e pensar, bem como os hábitos de vida que tem impacto direto sobre a saúde (Cunha et al., 2014).

Dessa forma, a partir dos dados coletados sobre a variável grau de instrução, o maior percentual de indivíduos religiosos com síndrome coronariana aguda possuía baixa escolaridade. Sendo assim, é possível concluir que pessoas com menor grau de instrução estão mais sujeitas a fatores que levam ao desenvolvimento de doenças como a patologia supracitada, já que o baixo conhecimento limita as noções individuais sobre a manutenção da saúde de maneira preventiva (de Carvalho Besarria et al., 2016).

Além disso, também é possível verificar que a maioria dos indivíduos que possuem a síndrome são adeptos a alguma religião, indicando a influência dessa dimensão como um fator ressignificante de vida, pois é através da crença que os indivíduos enxergam uma alternativa de reflexão existencial, buscando maior conforto para lidar com situações limites e explorando, ainda com base no componente religioso, elementos que vão além do visual, estabelecendo uma conexão entre os constituintes físico e mental de cada ser, contribuindo diretamente no bem-estar pessoal (Gobatto & Araújo, 2013).

Mediante a isso, conforme dados do Instituto Brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2020), o Acre possui a população católica de 51% e evangélica de 32,6%, fato que manteve a mesma porcentagem durante a avaliação desse estudo, 51% e 38%, respectivamente. Em outras palavras, a religião evangélica e católica não influenciaram no risco cardiovascular no presente estudo.

A Tabela 2 evidencia os dados coletados sobre a Religiosidade Organizacional de indivíduos com síndrome coronariana aguda dos indivíduos acometidos por SCA.

**Tabela 2** - Religiosidade Organizacional de indivíduos com síndrome coronariana aguda de um hospital de urgência e emergência do Acre no período de dezembro de 2020 a junho de 2021 (n=65).

| P- DUREL<br>Dimensão RO  | Nunca |     | Uma vez por ano ou menos |      | Algumas vezes ao ano |      | Duas a três vezes por mês |      | Uma vez por semana |      | Mais que uma vez por semana |      |
|--|-------|-----|--------------------------|------|----------------------|------|---------------------------|------|--------------------|------|-----------------------------|------|
|  | n     | %   | n                        | %    | n                    | %    | n                         | %    | n                  | %    | n                           | %    |
| Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou encontro religioso | 6     | 9,0 | 9                        | 14,0 | 10                   | 15,0 | 9                         | 14,0 | 18                 | 28,0 | 13                          | 20,0 |

Fonte: Instrumento de Pesquisa.

Quanto a religiosidade Organizacional de indivíduos a maior parte demonstrou frequentar a igreja ou encontro religioso uma vez por semana 18 (28%).

Conforme apresentado na tabela II, a assiduidade dos indivíduos a eventos religiosos foi analisada, aonde cerca de 48% frequentava a igreja uma vez por semana ou mais, quanto ao restante alegaram menor assiduidade. Em um estudo de corte, realizado com mulheres afro-americanas, tendo uma amostra de 36,613, evidenciou-se a redução de 48% na taxa de

mortalidade, quando correlaciona-se a assiduidade a serviços religiosos várias vezes ao dia com nenhuma ida. E ainda apresentou que o fato de realizar várias preces diárias, não apresentou redução de mortalidade (VanderWeele et al., 2017).

Dados da literatura vem demonstrando que a frequência frequente a serviços religiosos (religiosidade organizacional) vem sendo associada a um risco significativamente menor de mortalidade por todas as causas cardiovasculares e câncer, principalmente entre as mulheres (Li et al., 2016).

Um estudo de coorte realizado nos Estados Unidos da América, com uma população composta predominantemente por cristãos, com idade > 40 anos e que foram acompanhados por um período de oito anos e meio, observou-se um menor risco de morte entre os participantes da pesquisa, entre aqueles que relataram a presença em serviços religiosos pelo menos uma vez por semana, em comparação a nenhuma presença (Gillum et al., 2008).

Dessa forma é crescente o número de evidências que demonstram que existe uma forte associação entre os índices de espiritualidade/ religiosidade com a redução dos índices de mortalidade e uma melhor qualidade de vida variando de acordo com o modelo de populações saudáveis (ou não-saudáveis), bem como com as formas de expressão da espiritualidade/ religiosidade, dentre outros (Shattuck & Muehlenbein, 2020).

A Tabela 3 evidencia os dados coletados sobre a Religiosidade Não Organizacional de indivíduos com síndrome coronariana aguda dos indivíduos acometidos por SCA.

**Tabela 3** - Religiosidade Não Organizacional de indivíduos com síndrome coronariana aguda de um hospital de urgência e emergência do Acre no período de dezembro de 2020 a junho de 2021 (n=65).

| P- DUREL<br>Dimensão RNO   | Raramente<br>ou nunca |      | Poucas<br>vezes<br>por mês |     | Uma<br>vez por<br>semana |      | Duas ou<br>mais<br>vezes |      | Todos<br>os dias |      | Mais que<br>uma vez por<br>dia |      |
|--|-----------------------|------|----------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|------|------------------|------|--------------------------------|------|
|  | n                     | %    | n                          | %   | n                        | %    | n                        | %    | n                | %    | n                              | %    |
| Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leituras da bíblia ou textos religiosos? | 8                     | 12,0 | 4                          | 6,0 | 9                        | 14,0 | 9                        | 14,0 | 26               | 40,0 | 9                              | 14,0 |

Fonte: Instrumento de Pesquisa.

Frente a Religiosidade Não Organizacional sobre os hábitos religiosos a maioria evidenciou realizar a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leituras da bíblia ou textos religiosos 26(40%).

No presente estudo, grande parte dos indivíduos dedicavam tempo para atividades religiosas individuais pelo menos uma vez por semana, somando um total de 53 (82%). Apenas 12 (18%) dos participantes apresentavam frequência menor do que essa. Percebe-se que uma quantidade significativa deles apresentava frequência diária para essas atividades religiosas, chegando a 26 (40%) pessoas. Além disso, apenas 8 (12%) indivíduos responderam que raramente ou nunca dedicavam tempo a essas atividades.

No estudo de Chaves, Paulino, Souza, Mesquita, Carvalho & Nogueira (2014) que objetivou avaliar a religiosidade de pessoas idosas que estavam hospitalizadas no Hospital Escola da cidade de Itajubá/MG, houve resultado semelhante ao presente estudo no que se refere a quantidade de indivíduos que dedicavam tempo para atividades religiosas individuais pelo menos uma vez por semana, que chegou a 81,8% dos participantes. Além disso, outro achado semelhante no estudo citado é a quantidade de indivíduos que responderam que raramente ou nunca dedicavam tempo a essas atividades, que somou 15,2%.

Outro estudo que corrobora que os achados da presente pesquisa, foi o de Silva (2013), realizado com 497 idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família da cidade de Alfenas, interior de Minas Gerais, no ano de 2011.



Tal estudo evidenciou que 99% dos indivíduos dedicavam tempo para atividades religiosas individuais pelo menos uma vez por semana.

Um possível motivo para estes achados é a questão da idade dos participantes deste e dos outros estudos citados. Pois com o avançar da idade, a religiosidade passa a representar uma importante fonte de suporte emocional que repercute de forma significativa na saúde mental e física (Zenevicz et al., 2013).

A tabela 4 evidencia os dados coletados sobre a Religiosidade Intrínseca de indivíduos com síndrome coronariana aguda dos indivíduos acometidos por SCA.

**Tabela 4** - Religiosidade Intrínseca de indivíduos com síndrome coronariana aguda de um hospital de urgência e emergência do Acre no período de dezembro de 2020 a junho de 2021 (n=65).

| P- DUREL<br>Dimensão RI   | Certamente não é verdade |      | Em geral não é verdade |      | Totalmente verdade de mim |      |    |      |    |      |
|---|--------------------------|------|------------------------|------|---------------------------|------|----|------|----|------|
|   | n                        | %    | n                      | %    | n                         | %    |    |      |    |      |
| Em minha vida sinto a presença de Deus, Força Maior ou Espírito Santo                   | 1                        | 2,0  | 8                      | 12,0 | 56                        | 86,0 |    |      |    |      |
| As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver” | 4                        | 6,0  | 3                      | 5,0  | 2                         | 3,0  | 15 | 23,0 | 41 | 63,0 |
| Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida”     | 7                        | 11,0 | 2                      | 3,0  | 5                         | 8,0  | 16 | 25,0 | 35 | 54,0 |

Fonte: Instrumento de Pesquisa.

Sobre os índices de religiosidade Intrínseca, observou-se que a maioria verbalizou sentir a presença de Deus 56(86%), que as crenças religiosas estão realmente por trás de toda a sua maneira de viver 41 (63%) e que a maioria se esforça muito para viver a religião em todos os aspectos vida 35 (54%).

A religiosidade e a espiritualidade têm papel imprescindível na recuperação dos pacientes, visto que ela pode auxiliar o indivíduo a ressignificar o processo saúde-doença (Ramos et al., 2021). Isso vai de encontro com o estudo de Wachelder et al., (2016), haja vista que no pós-infarto ter uma espiritualidade contribui de maneira positiva no enfrentamento e qualidade de vida do acometido.

Ademais, uma pesquisa desenvolvida em um Hospital Universitário do Maranhão sobre a religiosidade intrínseca demonstrou que 61,7% dos entrevistados afirmaram sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo em suas vidas e 90,54% disseram que isso é totalmente verdade para eles (Lima Júnior, 2021). Soma-se a isso o impacto positivo que a religiosidade desempenha na prevenção cardiovascular (Mendes et al., 2022).

Ainda segundo Lima Júnior (2021) no que concerne à pergunta “meu modo de vida é apoiado por minhas crenças religiosas” 44,59% responderam que isso é completamente verdade para mim; 35,81% afirmaram que em geral, é verdade; 17,57% escolheram a afirmativa não tenho certeza; 0,68% optaram pela resposta em geral, não é verdade, por fim, 1,35% responderam não é verdade.

Outrossim, indivíduos com maior religiosidade não-organizacional e intrínseca (RI) também estão entre os que apresentam menor consumo de drogas e se expõem a menos hábitos nocivos (Silva, 2018). Não obstante, possuir uma crença religiosa, acreditar em um ser supremo está associado a maior adesão terapêutica no contexto hospitalar (Rocha et al., 2020).

#### 4. Conclusão

Através desse estudo foi possível identificar o perfil dos pacientes internados com quadro de síndrome coronariana aguda (SCA) e seu grau de religiosidade e religião. A partir dos dados constados compreende-se a importância da religiosidade como fator de prevenção primária e secundária para a população. Fato que, constata-se a fatores modificáveis que a religião pode influenciar tais como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e uso de drogas ilícitas, corroborando para uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, levando em consideração fatores psicossociais, como condição socioeconômica, depressão, ansiedade e hostilidade/raiva que corroboram com as doenças cardiovasculares, são sanadas através da ação da religiosidade, no entanto no presente estudo a religião/religiosidade não influenciou no risco cardiovascular.

Finalmente, recomenda-se que sejam realizados outros estudos sobre o tema investigado, entretanto com amostras maiores e amostragem probabilística, com o propósito não só de se conhecerem, mas também de se confirmarem os resultados desta pesquisa.

#### Referências

- Chaves, É. D. C. L., Paulino, C. F., Souza, V. H. S., Mesquita, A. C., Carvalho, F. S. & Nogueira, D. A. (2014). Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, 648-55.
- Da Silva, J. V. (2013). Religiosidade de pessoas idosas hospitalizadas. *Enfermagem Brasil*, 12(5), 287-292.
- De Carvalho Besarria, V. S., da Nóbrega Besarria, C., Ibiapina, G. R., de Araújo, D. K. L., da Nóbrega, A. C., & Ibiapia, W. V. (2016). Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira. *Revista ESPACIOS/37* (Nº 02) Año 2016.
- Gobatto, C. A., & Araújo, T. C. C. F. D. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24, 11-34.
- Cunha, N. M., Rios-Neto E. L.G., de Oliveira, A. H. C. (2014). *Religiosidade e desempenho escolar: o caso de jovens brasileiros da região metropolitana de Belo Horizonte. Pesquisa e planejamento econômico*, 44 (1), 1-46.
- Gillum, R. F., King, D. E., Obisesan, T. O., & Koenig, H. G. (2008). Frequency of attendance at religious services and mortality in a US national cohort. *Annals of epidemiology*, 18(2), 124-129.
- Koenig, H.G., & Büsing, A. (2010). O Duke University Religion Index (DUREL): uma medida de cinco itens para uso em estudos epidemiológicos. *Religiões*, 1 (1), 78-85.
- Koenig, H., Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oup Usa.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Manual de religião e saúde*. Imprensa da Universidade de Oxford.
- Kotecha, T., & Rakhit, R. D. (2016). Acute coronary syndromes. *Clinical Medicine*, 16(Suppl 6), s43.
- Kumm, C. C. S., & Cassetari, M. A. (2021). As contribuições da religiosidade na qualidade de vida dos idosos. *Revista Farol*, 15(15), 22-37.
- Lavorato, C. D., Mello, L. M. D., Silva, A. S. D., & Nunes, A. A. (2014). Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & saúde coletiva*, 19, 1263-1274.
- Li, S., Stampfer, M. J., Williams, D. R., & VanderWeele, T. J. (2016). Association of religious service attendance with mortality among women. *JAMA internal medicine*, 176(6), 777-785.
- Lima Júnior, J. R. M. (2021). Religiosidade, espiritualidade, ansiedade, depressão e bem-estar subjetivo de pacientes submetidos à cineangiogramiografia. Tese (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCBS) – UFMA. Acesso em março de 2023. <https://tede2.ufma.br/jspui/handle/tede/4222>.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., & Vallada, H. (2013). Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo medical journal*, 131, 112-122.
- Lucchese, F. A., & Koenig, H. G. (2013). Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 28, 103-128.
- Mendes, I. S., Tavares da Silva, T., Guido Rocha de Almeida, P., Augusto Detome Vertelo, G., Nunes Soares, M., Carvalho Freire, A., & Cintra Husni, M. (2022). Revisão narrativa acerca da influência da espiritualidade na saúde cardiovascular. *Brazilian Medical Students*, 6(9).
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Archives of Clinical Psychiatry* 35, 31-32



- Mota, J. L., da Silva, D. S., Almeida, P. S., da Silva, E. V., Pilger, C., de Lima, L. F., & Lentsck, M. H. (2022). Significados da espiritualidade e religiosidade para idosos em sua vida e na pandemia pela COVID-19. *Research, Society and Development*, 11(4), e39411427511-e39411427511.
- Oliveira, G. M. M. D., Brant, L. C. C., Polanczyk, C. A., Biolo, A., Nascimento, B. R., Malta, D. C., ... & Ribeiro, A. L. P. (2020). Estatística Cardiovascular-Brasil 2020. *Arquivos brasileiros de Cardiologia*, 115, 308-439.
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. USFM.
- Puchalski, C. M., Vitollo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of palliative medicine*, 17(6), 642-656.
- Strelhow, M. R. W., & Henz, K. G. (2017). Spirituality and religiosity related to the well-being of children and adolescents: A theoretical and empirical approach. In *Psychosocial Well-being of Children and Adolescents in Latin America* (pp. 27-45). Springer, Cham.
- Teich, V., & Araujo, D. V. (2011). Estimativa de custo da síndrome coronariana aguda no Brasil. *Rev Bras Cardiol*, 24(2), 85-94.
- Teston, E. F., Cecilio, H. P., Santos, A. L., de Arruda, G. O., Radovanovic, C. A., & Marcon, S. S. (2016). Factors associated with cardiovascular diseases in adults. *Medicina (Ribeirao Preto)*, 49(2), 95-102.
- Thygesen, K., Mair, J., Giannitsis, E., Mueller, C., Lindahl, B., Blankenberg & Jaffe, A. S. (2012). How to use high-sensitivity cardiac troponins in acute cardiac care. *European heart journal*, 33(18), 2252-2257.
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard (2014+)*, 31(29), 47.
- Reed, G. W., Rossi, J. E., & Cannon, C. P. (2017). Acute myocardial infarction. *The Lancet*, 389(10065), 197-210.
- Ramos, M. J. O. Nascimento, N. G. B., Pinheiro, F. G. de M. S., Sousa, P. H. S. F. & Oliveira, J. C. (2021). Spirituality and religiosity in treating patients with acute myocardial infarction: integrative review. *Research, Society and Development*, 10(14), e194101421760.
- Rocha, L.G., Souza, A. Q., & Arrieira, I. C. O. (2020). Fé e espiritualidade no cotidiano de pacientes pré-operatórios internados na clínica cirúrgica. *J. nurs. health*. 10(2), e20102003.
- Silva, L. S. (2018). Influência da espiritualidade/religiosidade no infarto agudo do miocárdio: gravidade e fatores associados. Palhoça. Acesso em março de 2023. Disponível em <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/9316>
- Silva J.V. Ser idoso e ter qualidade de vida: as representações de idosos residentes em cidades do Sul de Minas Gerais [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.
- Shattuck, E. C., & Muehlenbein, M. P. (2020). Religiosity/spirituality and physiological markers of health. *Journal of religion and health*, 59(2), 1035-1054.
- Wachelder, E. M., Moulart, V. R. M. P., 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.
- Wachelder, E. M., Moulart, 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.
- VanderWeele, T. J., Yu, J., Cozier, Y. C., Wise, L., Argentieri, M. A., Rosenberg, L. & Shields, A. E. (2017). Attendance at religious services, prayer, religious coping, and religious/spiritual identity as predictors of all-cause mortality in the Black Women's Health Study. *American journal of epidemiology*, 185(7), 515-522.
- Zenevicz, L., Moriguchi, Y., & Madureira, V. S. F. (2013). A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 433-439.