

Revista da SOCESP

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

CARDIOLOGIA PRÁTICA

Volume 30 • N. 3 • Julho/Setembro 2020

Espiritualidade, Cardiologia Comportamental e Social

Editor Chefe



Marcelo Franken

Coeditores



Álvaro Avezum



Marcelo Katz




Baixe o app **SOCESP**
para visualizar a
publicação



**ASSISTA O CONTEÚDO CIENTÍFICO
PREPARADO ESPECIALMENTE PARA VOCÊ!
NO FORMATO DE**

WEBINAR

DISPONÍVEL NA PLATAFORMA: **WEB-SOCESP**

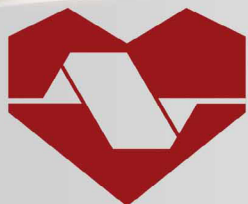


**Desafios nas Decisões no Tratamento
da Síndrome Coronária Crônica**

Intervenção Para Quem e Qual a Intervenção?

João Fernando Monteiro Ferreira
Presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo - SOCESP
Instituto do Coração (InCor) HCFMUSP
Disciplina de Cardiologia Centro Universitário Saúde ABC
Fellow American College of Cardiology e European Society of Cardiology

Acesse www.socespp.org.br/web-socespp



SOCESP

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo



SOCESP

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo



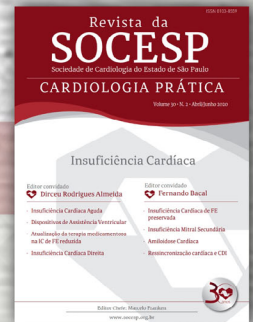
Conheça

O APP da SOCESP com nossos conteúdos e muita novidades! Acesso fácil na palma de sua mão.

Benefícios Associados

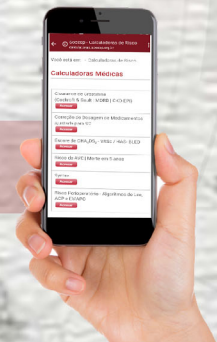
Em nossa plataforma você encontrará

Acesso exclusivo a Revista



Descontos exclusivos nos Cursos

Calculadora de Risco



Eventos ONLINE e com Certificados

e muito mais... **acesse**

socesp.org.br/web-socesp/

**APROVEITE O CONTEÚDO CIENTÍFICO
SOCESP EM FORMATO DE PODCAST.
TANTO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA
DA SAÚDE QUANTO PARA SEUS
PACIENTES.**

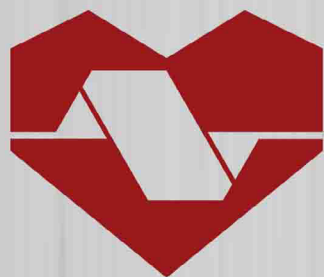
**+50
TEMAS**



DISPONÍVEL NAS PLATAFORMAS:

SPOTIFY • SOUND CLOUD

WEB-SOCESP



SOCESP

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

O SITE DA SOCESP FOI FEITO ESPECIALMENTE PARA VOCÊ PROFISSIONAL DA SAÚDE!

Notícias

Aulas Online

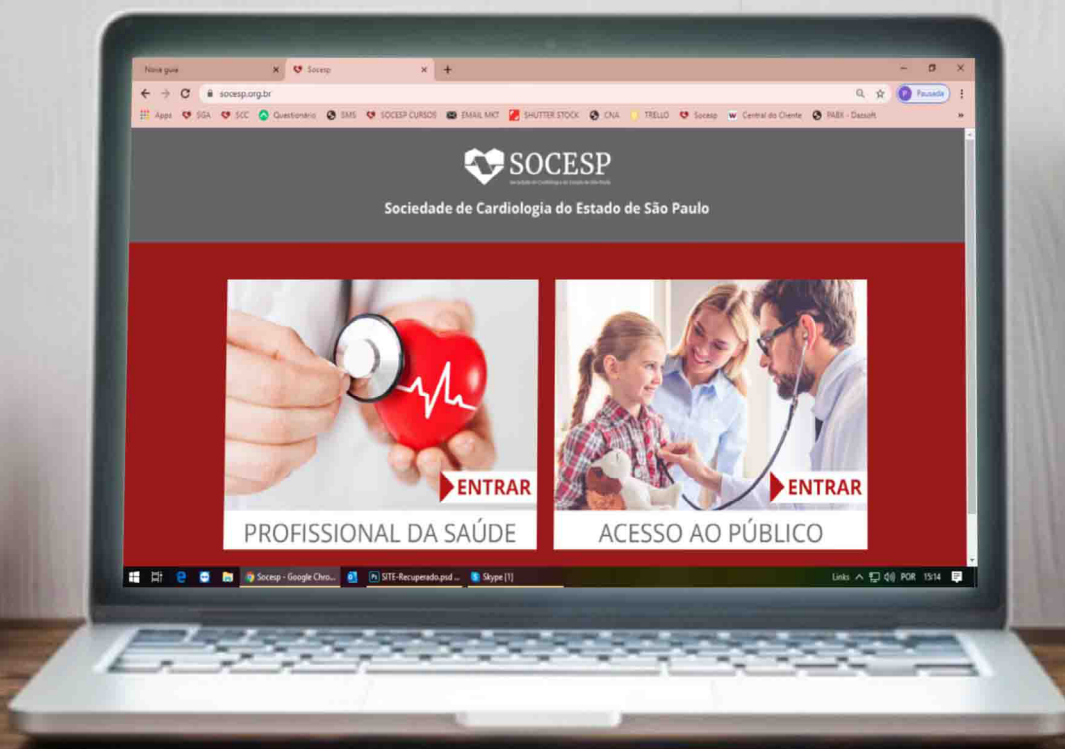
Área para seu Paciente

Eventos Médicos

Artigos Científicos

Certificados

e muito mais...



Indexada em:

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (www.bireme.br)

Latindex – Sistema Regional de Informação em Língua para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, Espanha y Portugal (www.latindex.unam.mx)



Editor Chefe: Marcelo Franken
Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Conselho Editorial

Alfredo José Mansur

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Álvaro Avezum

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Amanda G. M. R. Sousa

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Angelo Amato V. de Paula

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - Unifesp São Paulo, SP, Brasil

Antonio Augusto Lopes

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Antonio Carlos Pereira-Barretto

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Antonio de Pádua Mansur

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Ari Timerman

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Benedito Carlos Maciel

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Bráulio Luna Filho

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo/Hospital Brasil, ABC São Paulo, SP, Brasil

Bruno Caramelli

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Carlos Alberto Buchpiguel

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Vinculação Acadêmica) São Paulo, SP, Brasil

Carlos Costa Magalhães

Cardioclin - Clínica e Emergência Cardiologia São José dos Campos, SP, Brasil.

Carlos Eduardo Rochitte

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP/Hospital do Coração, HCOR/Associação do Sanatório Sírio, São Paulo, SP, Brasil

Carlos V. Serrano Jr.

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Celso Amodeo

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Dalmo Antonio R. Moreira

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Daniel Born

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP São Paulo, SP, Brasil

Dirceu Rodrigues Almeida

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Edson Stefanini

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Expedito E. Ribeiro

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Fabio B. Jatene

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Fausto Feres

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Felix J. A. Ramires

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Fernanda Marciano Consolim-Colombo

Instituto do Coração / INCOR, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil

Fernando Bacal

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Fernando Nobre

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Flavio Tarasoutchi

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Francisco A. Helfenstein Fonseca

Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Francisco Rafael Martins Laurindo

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Henry Abensur

Beneficência Portuguesa de São Paulo - Setor de ensino, São Paulo, SP, Brasil

Ibraim Masciarelli F. Pinto

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Ieda Biscegli Jatene

Hospital do Coração - HCOR São Paulo, SP, Brasil

João Fernando Monteiro Ferreira

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

João Manoel Rossi Neto

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

João Nelson R. Branco

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Jorge Eduardo Assef

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

José Carlos Nicolau

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

José Carlos Pachón Mateos

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Universidade de São Paulo - USP, Hospital do Coração, Hospital Edmundo Vasconcelos, São Paulo, SP, Brasil

José Francisco Kerr Saraiva

Hospital e Maternidade Celso Piro, São Paulo, SP, Brasil

José Henrique Andrade Vila

Hospital de Beneficência Portuguesa, São Paulo, SP, Brasil

José L. Andrade

Instituto de Radiologia (InRad) - Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina - USP, São Paulo, SP, Brasil

José Soares Jr.

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Katashi Okoshi

Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, SP, Brasil

Kleber G. Franchini

Departamento de Clínica Médica UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Leopoldo Soares Piegas

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Líliá Nigro Maia

Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP)/Hospital de Base São José do Rio Preto, SP, Brasil

Luiz Aparecido Bortolotto

Instituto do Coração / INCOR, São Paulo, SP, Brasil

Luiz Mastrocola

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Luiz Felipe P. Moreira

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP São Paulo, SP, Brasil

Marcelo Jatene

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Marcelo Chiara Bertolami

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Marcelo Luiz Campos Vieira

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Marcus Vinicius Simões

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP - Brasil

Maria Cristina Oliveira Izar

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Maria Teresa Nogueira Bombig

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Maria Virgínia Tavares Santana

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Maurício Ibrahim Scanavacca

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Max Grinberg

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Miguel Antonio Moretti

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Nelson Kasinsky

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Orlando Campos Filho

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Otávio Rizzi Coelho

Disciplina de Cardiologia do Departamento de Clínica Médica da FCM UNICAMP, São Paulo, SP, Brasil

Paula Emanuela Poggio Smanio

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

Paulo Andrade Lutoffo

Faculdade de Medicina e Centro de Pesquisa Clínica Epidemiológica da USP, São Paulo, SP, Brasil

Paulo J. F. Tucci

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

Paulo M. Pêgo Fernandes

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Pedro Silvío Farsky

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil

Raul Dias Dos Santos Filho

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Renato Azevedo Jr

Hospital Samaritano São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Ricardo Ribeiro Dias

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Romeu Sérgio Meneghelo

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Rui Póvoa

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Ulisses Alexandre Croti

Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto (FUNFARME)/ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Valdir Ambrosio Moises

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, SP, Brasil

Valter C. Lima

Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil

William Azem Chalela

Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP, São Paulo, SP, Brasil

Educação Física e Esporte

Tiago Fernandes
Universidade de São Paulo. Escola de Educação Física e Esporte. São Paulo, SP, Brasil.

Larissa Ferreira dos Santos

Instituto do Coração /Incor/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Enfermagem

Ana Carolina Queiroz Godoy Daniel
Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil.
Rafaela Batista dos Santos Pedrosa
Universidade Estadual de Campinas. SP, Brasil

Farmacologia

Alessandra Santos Menegon
Instituto do Coração /Incor/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Leiliane Rodrigues Marcatto

Instituto do Coração /Incor/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Fisioterapia

Solange Guizilini
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil.
Vera Lúcia dos Santos
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SP, Brasil

Nutrição

Juliana Tiekto Kato
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil.
João Henrique Motarelli
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil.

Odontologia

Frederico Buhatem Medeiros
Hospital Samaritano. São Paulo, SP, Brasil.

Paulo Sérgio Silva Santos

Faculdade de Odontologia de Bauru- FOB/USP, SP, Brasil

Psicologia

Rafael Trevizoli Neves
Hospital do Coração – HCOR. São Paulo, SP, Brasil.
Suzana Garcia Pacheco Avezum
Departamento de Psicologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Serviço Social

Elaine Fonseca Amaral da Silva
Instituto do Coração /Incor/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
Elaine Cristina Dalcini Severio
Departamento de Serviço Social da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

A Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (ISSN impresso: 0103-8559 e ISSN on line: 2595-4644) é Órgão Oficial da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, editada trimestralmente pela Diretoria de Publicações da SOCESP.

Avenida Paulista, 2073 – Horsa I, 15º andar Conjunto 1512 - Cerqueira Cesar – São Paulo, SP
CEP 01311-940/Tel: (11) 3181-7429/E-mail: socio@socesp.org.br
Website: www.socesp.org.br

As mudanças de endereço, a solicitação de números atrasados e as cartas ao Editor deverão ser dirigidas à sede da SOCESP.

É proibida a reprodução total ou parcial de quaisquer textos constantes desta edição sem autorização formal e expressa de seus editores.

Para pedidos de *reprints*, por favor contate: SOCESP – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo/
Diretoria de Publicações
Tel: (11) 3181-7429/E-mail: socio@socesp.org.br

Coordenação editorial, criação, diagramação, revisão e tradução



Atha Comunicação e Editora

Tel.: 11 5087 9502 - 1atha@uol.com.br

Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo
São Paulo – SP, Brasil. V. 1 – 1991 –

1991, **1**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A)
1992, **2**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1993, **3**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1994, **4**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1995, **5**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1996, **6**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1997, **7**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
1998, **8**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 4 (supl A), 4 (supl B), 5 (supl A), 6 (supl A)
1999, **9**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2000, **10**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2001, **11**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 3 (supl B), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2002, **12**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2003, **13**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2004, **14**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 6 (supl A)
2005, **15**: 1 (supl A), 2 (supl A), 3 (supl A), 4 (supl A), 5 (supl A), 5 (supl B), 6 (supl A)
2006, **16**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2007, **17**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2008, **18**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2009, **19**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2010, **20**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2011, **21**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2012, **22**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2013, **23**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2014, **24**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2015, **25**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2016, **26**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2017, **27**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2018, **28**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2019, **29**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A), 4 (supl A)
2020, **30**: 1 (supl A), 2 (supl A), 2 (supl B), 3 (supl A),

ISSN 0103-8559
RSCESP 72594

CDD₁₆ 616.105
NLM W1

WG100
CDU 616.1(05)

DIRETORIA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO/Biênio 2020 - 2021

Presidente

João Fernando Monteiro Ferreira

Vice-Presidente

Renato Azevedo Júnior

1º Secretário

Otávio Rizzi Coelho Filho

2º Secretário

Álvaro Avezum

1º Tesoureiro

Marcos Valério Coimbra de Resende

2º Tesoureiro

Rogério Krakauer

Diretor de Publicações

Marcelo Franken

Diretora de Qualidade Assistencial

Lilía Nigro Maia

Diretor Científico

Luciano Ferreira Drager

Diretor de Comunicação

Ricardo Pavanello

Diretor de Relações Institucionais e Governamentais

Henry Abensur

Diretor de Regionais

Jorge Zarur Neto

Diretora de Promoção e Pesquisa

Maria Cristina de Oliveira Izar

Diretor do Centro de Treinamento em Emergências

Edson Stefanini

Coordenador de Estudos Populacionais

Otávio Berwanger

Coordenadores do Centro de Memórias

Alberto Francisco Piccolotto Naccarato

Ronaldo Fernandes Rosa

Coordenadores do Projeto Insuficiência Cardíaca

Dirceu Rodrigues Almeida

Múcio Tavares de Oliveira Junior

Coordenadores do Projeto Infarto

Luciano Moreira Baracioli

Antonio Claudio do Amaral Baruzzi

Coordenador dos cursos de Emergências do AHA

Aginaldo Piscopo

Coordenadora do Projeto Cardiointensivismo

Ludhmila Abrahão Hajjar

DIRETORIA DAS REGIONAIS DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO/Biênio 2020 - 2021

ABCDM - Biênio 2020 -2021

Presidente

Kamal Yazbek Junior

Diretor Científico

Roberto Andres Gomes Douglas

Primeiro Secretário

José Alexandre da Silveira

Segundo Secretário

Fabio José Matheus

ARAÇATUBA - Biênio 2020 -2021

Presidente

Richard Crevelaro

Diretora Científica

Helena Cordeiro Barroso

Primeiro Secretário

Felipe Camelo Biagi

Segundo Secretário

Paulo Francisco de Mesquita Barros

ARARAQUARA - Biênio 2020 -2021

Presidente

Argenzia Mestria Bonfa

Diretor Científico

Edson Akira Kusumoto

Primeiro Secretário

Ricardo Barbieri Romania

Segundo Secretário

Antonio Carlos Braga de Moraes

ARARAS - Biênio 2020 -2021

Presidente

José Joaquim Fernandes Raposo

Diretor Científico

José Luiz Ferreira dos Santos

Primeiro Secretário

Valentim Patrício Valério

Segundo Secretário

Antonio Carlos Assumpção

BAURU - Biênio 2020 -2021

Presidente

Edmir José SIA Filho

Diretor Científico

Lucas Sanches

Primeiro Secretário

Rafael Terribilli

Segundo Secretário

Gustavo Buchalla

BOTUCATU - Biênio 2020 -2021

Presidente

Ricardo Mattos Ferreira

Diretor Científico

Renato Teixeira

Primeiro Secretário

Daniéliso Renato Fusco

Segundo Secretário

Marcos Mitsuo Seki

CAMPINAS - Biênio 2020 -2021

Presidente

Carla Patricia da Silva e Prado

Diretor Científico

Tiago Porto Di Nucci

Primeiro Secretário

Sérgio Luiz Polydoro

Segundo Secretário

Gustavo Alberto Frazatto Naccarato

FRANCA - Biênio 2020 -2021

Presidente

Hélio Rubens Crialenzi

Diretor Científico

Ricardo de Oliveira Bessa

Primeiro Secretário

Ronaldo Américo Mandel

Segundo Secretário

Ulisses Marquez Gianecchini

JUNDIAÍ - Biênio 2020 -2021

Presidente

Tarcio Figueiredo Silva

Diretor Científico

João Paulo de Mello Medeiros

Primeiro Secretário

Dennys Marcel Sanches Martins

Segundo Secretário

Marco Antonio Dias

MARÍLIA - Biênio 2020 -2021

Presidente

André dos Santos Moro

Diretor Científico

Marco Gradim Tiveron

Primeiro Secretário

Igor Ribeiro de Castro Bienert

Segundo Secretário

João Carlos Moron Saes Braga

OSASCO - Biênio 2020 -2021

Presidente

Valeria Fontenelle Angelim Pereira

Diretor Científico

André Dabarian

Primeira Secretária

Ana Maria Rocha Pinto e Silva

Segundo Secretário

Marcia Aparecida Penedo Marton

PIRACICABA - Biênio 2020 -2021

Presidente

Dairo Bicudo Piai Junior

Diretora Científica

Juliana Barbosa Previtalli

Primeiro Secretário

Daniel Araújo Colasso

Segundo Secretário

Luis Gustavo Ramos

PRESIDENTE PRUDENTE - Biênio 2020 -2021

Presidente

Nabil Farid Hassan

Diretor Científico

Antonio Claudio Bongiovani

Primeiro Secretário

Antonio Luiz O. Rosas

Segundo Secretário

Fernando Pierin Peres

RIBEIRÃO PRETO - Biênio 2020 -2021

Presidente

Vamberto Benedito Mansur Foschini

Diretor Científico

Thiago Florentino Lascala

Primeiro Secretário

Pedro Velloso Schwartzmann

Segundo Secretário

Geraldo Luiz de Figueiredo

SANTOS - Biênio 2020 -2021

Presidente

Fábio de Freitas Guimaraes Guerra

Diretora Científica

Juliana Filgueiras Medeiros

Primeiro Secretário

Leonardo Martins Barroso

Segundo Secretário

Marcelo Pilnik

São Carlos - Biênio 2020 -2021

Presidente

Meliza Goi Roscani

Diretora Científica

Ana Candida A. Verzola de Castro

Primeira Secretária

Ariane Petronilho

Segundo Secretário

Rodrigo Santos Aguiar

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - Biênio 2020 -2021

Presidente

Eduardo Palmegiani

Diretor Científico

Thiago Bacilli Cury Megid

Primeiro Secretário

Luiz Fernando Dal Col

Segundo Secretário

Elissandro de Freitas Silva

SOROCABA - Biênio 2020 -2021

Presidente

Fábio Lourenço Moraes

Diretor Científico

Péricles Sidnei Salmazo

Primeiro Secretário

Fernando Córtes Remisio Figueinha

Segunda Secretária

Juliana Buchmann Pereira

VALE DO PARAÍBA - Biênio 2020 -2021

Presidente

Bruno Augusto Alcova Nogueira

Diretora Científica

Marcelle Sá Machado de Araújo

Primeiro Secretário

Yuri Gollino

Segundo Secretário

Luiz Fernando Fagundes de Gouveia Filho

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo) é o órgão oficial de divulgação da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP) que publica quatro edições ao ano com periodicidade trimestral.

Cada edição da Revista conterá um ou dois temas, a critério do Diretor de Publicações. Cada tema incluirá de 6 a 8 artigos. Para todas as edições da Revista, serão convidados até dois Editores. Os Editores Convidados e todos os Autores devem ficar atentos às Normas para Publicação e segui-las para não prejudicar as fases de produção da Revista.

A Revista da SOCESP está indexada no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e no Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal).

Os manuscritos enviados deverão estar em padrão PC com arquivos TXT ou DOC.

O autor poderá enriquecer o conteúdo de sua publicação com o envio de vídeos comentando o artigo, imagens, gráficos animados, podcasts, dentre outros, possibilitando ao leitor uma experiência mais interativa com todo o conteúdo da revista.

Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

A Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo segue na íntegra a tendência internacional do estilo Vancouver, disponível (www.icmje.org.br).

ORGANIZAÇÃO DO ARQUIVO ELETRÔNICO: O artigo deverá ter aproximadamente 20 páginas, digitadas em fonte Times New Roman, tamanho 10, espaçamento entre linhas de 1,5, incluindo-se as referências bibliográficas. Poderá incluir até 5 ilustrações (figuras, fotografias, gráficos e/ou tabelas) e conter até 50 referências.

Todas as partes do manuscrito devem ser incluídas em um único arquivo. O mesmo deverá ser organizado com a página de rosto, em primeiro lugar, o texto, referências seguidas pelas figuras (com legendas) e ao final, as tabelas (com legendas).

PÁGINA DE ROSTO: A página de rosto deve conter:

- o título completo conciso e informativo em português e inglês;
- o nome completo de cada autor (sem abreviações); e a instituição a que pertence cada um deles;
- nome, endereço, telefone e e-mail do autor responsável para correspondência.

RESUMO: Os resumos devem ser enviados em português e inglês, não devendo ultrapassar 250 palavras cada.

DESCRIPTORIOS: Devem conter no mínimo três e no máximo cinco palavras-chaves baseadas nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) -<http://decs.bireme.br>.

REFERÊNCIAS: Incluir até 50 referências relevantes. Numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, utilizando-se números arábicos sobrescritos. Incluir os seis primeiros autores seguidos de et al.

Os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o Index Medicus.

a) Artigos: Autor(es). Título do artigo. Título do Periódico. ano; volume: página inicial - final

Ex.: Campbell CJ. The healing of cartilage defects. Clin Orthop Relat Res. 1969;(64):45-63.

b) Livros: Autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição, se não for a primeira. Tradutor(es), se for o caso. Local de publicação: editora; ano. Ex.: Diener HC, Wilkinson M, editors. Drug-induced headache. 2nd ed. New York: Spriger-Verlag; 1996.

c) Capítulos de livros: Autor(es) do capítulo. Título do capítulo Editor(es) do livro e demais dados sobre este, conforme o item anterior. Ex.: Chapman MW, Olson SA. Open fractures. In: Rockwood CA, Green DP. Fractures in adults. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p.305-52.

d) Resumos: Autor(es). Título, seguido de [abstract]. Periódico ano; volume (suplemento e seu número, se for o caso): página(s) Ex.: Enzensberger W, Fisher PA. Metronome in Parkinson's disease [abstract]. Lancet. 1996;34:1337.

e) Comunicações pessoais só devem ser mencionadas no texto entre parênteses.

f) Tese: Autor, título nível (mestrado, doutorado etc.), cidade: instituição; ano. Ex.: Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis: Washington Univ.; 1995.

g) Material eletrônico: Título do documento, endereço na internet, data do acesso. Ex: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis. [online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

TABELAS: As tabelas devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto com números arábicos. Cada tabela deve ter um título e, se necessário, uma legenda explicativa. As tabelas deverão ser enviadas através dos arquivos originais (p.e. Excel).

FIGURAS (FOTOGRAFIAS E ILUSTRAÇÕES): As figuras devem ser apresentadas e numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Para evitar problemas que comprometam o padrão da revista, o envio do material deve obedecer aos seguintes parâmetros: todas as figuras, fotografias e ilustrações devem ter qualidade gráfica adequada (300 dpi de resolução) e apresentar título e legenda. Em todos os casos, os arquivos devem ter extensão.tif e/ou jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas). As figuras incluem todas as ilustrações, tais como fotografias, desenhos, mapas, gráficos, etc, e devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos.

VÍDEOS: O envio de vídeo é opcional, e irá acompanhar a versão *online* do artigo. Deve ser encaminhado junto com o artigo em arquivo separado e acompanhado de legenda. Os vídeos devem ser enviados em formato digital MP4.

RESUMOS GRÁFICOS (GRAPHICAL ABSTRACT)
A informação poderá ser composta de imagem concisa, pictórica e visual das principais conclusões do artigo. Pode ser tanto a figura de conclusão do artigo ou uma figura que é especialmente concebida para este fim, que capta o conteúdo do artigo para os leitores em um único olhar. As figuras incluem todas as ilustrações, tais como fotografias, desenhos, mapas, gráficos, etc, e deve ser identificado com o nome do artigo.

O envio de resumo gráfico (*graphical abstract*) é opcional e deve ser encaminhado em arquivo separado e identificado. O arquivo deve ter extensão .tif e/ou jpg. Também são aceitos arquivos com extensão .xls (Excel); .eps; .psd para ilustrações em curva (gráficos, desenhos e esquemas).

PODCAST: O envio do podcast é fortemente recomendado. O audio deverá ser captado em local reservado e silencioso poderá ter a duração de 5 a 20 minutos abordando um resumo do conteúdo do manuscrito.

LEGENDAS: Digitar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações). Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura, e na ordem em que foram citadas no trabalho. Abreviaturas e Siglas: Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. No rodapé das figuras e tabelas deve ser discriminado o significado das abreviaturas, símbolos, outros sinais e informada fonte: local onde a pesquisa foi realizada. Se as ilustrações já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por

escrito do autor ou editor, constando a fonte de referência onde foi publicada.

CONFLITO DE INTERESSES: Conforme exigências do Comitê Internacional de Editores de Diários Médicos (ICMJE), grupo Vancouver e resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000 os autores têm a responsabilidade de reconhecer e declarar conflitos de interesse financeiros e outros (comercial, pessoal, político, etc.) envolvidos no desenvolvimento do trabalho apresentado para publicação. Devem declarar e podem agradecer no manuscrito todo o apoio financeiro ao trabalho, bem como outras ligações para o seu desenvolvimento.

CORREÇÃO DE PROVAS GRÁFICAS: Logo que prontas, as provas gráficas em formato eletrônico serão enviadas, por e-mail, para o autor responsável pelo artigo. Os autores deverão devolver, também por e-mail, a prova gráfica com as devidas correções em, no máximo, 48 horas após o seu recebimento.

DIREITOS AUTORAIS: Todas as declarações publicadas nos artigos são de inteira responsabilidade dos autores. Entretanto, todo material publicado torna-se propriedade da Revista, que passa a reservar os direitos autorais. Portanto, nenhum material publicado na Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo poderá ser reproduzido sem a permissão por escrito. Todos os autores de artigos submetidos deverão assinar um Termo de Transferência de Direitos Autorais, que entrará em vigor a partir da data de aceite do trabalho.

REPRODUÇÃO: Somente a Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo poderá autorizar a reprodução dos artigos nelas contidos. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria da Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. Os artigos enviados passarão a ser propriedade da Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

ENVIO DE ARTIGOS: Os artigos deverão ser enviados para o email revista @socesp.org.br para a Atha Comunicação e Editora a/c Flávia M. S. Pires e/ou Ana Carolina de Assis.

Caso ocorra a necessidade de esclarecimentos adicionais, favor entrar em contato com a Atha Comunicação e Editora - Rua Machado Bittencourt, 190 – 4º andar - CEP: 04044-903 – São Paulo/SP, Brasil Tel: +55 11 5087-9502 / Fax: +55 11 5579 5308.



Marcelo Franken
Editor Chefe

Prezado(a) sócio(a), caro(a) leitor(a)

É com enorme prazer que lançamos a terceira edição de 2020 da Revista da SOCESP. Nesta edição abordamos um tema que vem ganhando muito destaque, não somente na cardiologia, mas na medicina e na área da saúde como um todo. Trata-se da espiritualidade e da cardiologia comportamental e social.

Dividimos a revista em duas partes, a primeira abordando os temas relacionados a espiritualidade, onde são definidos os conceitos e enfatizado o seu valor na cardiologia, bem como as formas de aplicar no dia a dia do cardiologista. Na segunda parte discute-se a cardiologia comportamental, isto é, a forma como o comportamento das pessoas pode interferir na saúde e na doença. Desde o engajamento e adesão a terapias, medicamentosas ou não, até o pensamento positivo e a saúde mental têm grande influência na saúde cardiovascular. A importante influência das questões sociais, seja através das relações humanas ou das condições socioeconômicas, também é discutida nesta edição.

Gostaria de agradecer a todos os autores que contribuíram para esta edição e em especial aos dois coeditores (Dr. Alvaro Avezum e Dr. Marcelo Katz), grandes estudiosos do assunto que aceitaram o desafio de tornar este volume tão distinto.

Termino lembrando que, no momento de pandemia que vivemos, a espiritualidade, a ciência comportamental e social têm-se mostrado fundamentais, principalmente no engajamento a medidas de prevenção e resiliência frente aos momentos complexos que temos enfrentado.

Desejo a todos uma excelente leitura.

Espiritualidade, Cardiologia Comportamental e Social

- ESPIRITUALIDADE: DO CONCEITO À ANAMNESE ESPIRITUAL E ESCALAS PARA AVALIAÇÃO 306**
SPIRITUALITY: FROM CONCEPT TO SPIRITUAL ANAMNESIS AND EVALUATION SCALES
Roberto Esporcatte, Álvaro Avezum Jr, Alexander Moreira-Almeida, Ibraim Masciarelli Francisco Pinto, Emilio Hideyuki Moriguchi
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003306-14>
- ENFERMIDADE MORAL: COMO PENSAMENTOS E SENTIMENTOS INFLUENCIAM A SAÚDE CARDIOVASCULAR 315**
MORAL ILLNESS: THE INFLUENCE OF THOUGHTS AND EMOTIONS ON CARDIOVASCULAR HEALTH
Álvaro Avezum Jr, Mário Borba, Carla Lantieri, Dalmo Moreira, Ricardo Bedirian
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003315-27>
- DIRETRIZES DE ESPIRITUALIDADE E CARDIOLOGIA: LIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA 328**
GUIDELINES ON SPIRITUALITY AND CARDIOLOGY: LESSONS FOR CLINICAL PRACTICE
Ricardo Mourilhe Rocha, Mauro R. N. Pontes
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003328-34>
- DETERMINANTES SOCIAIS DA DOENÇA CARDIOVASCULAR: IDENTIFICAÇÃO E MANUSEIO 335**
SOCIAL DETERMINANTS OF CARDIOVASCULAR DISEASE: IDENTIFICATION AND HANDLING
Gabriel Porto Soares, Glaucia Maria Moraes de Oliveira
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003335-41>
- PSICOLOGIA POSITIVA E PRÁTICAS MEDITATIVAS: DESAFIOS PARA O CARDIOLOGISTA 342**
POSITIVE PSYCHOLOGY AND MEDITATIVE PRACTICE: CHALLENGES FOR THE CARDIOLOGIST
Eduardo Martins Balthazar
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003342-51>
- USO DA TECNOLOGIA PARA ENGAJAR PACIENTES E OTIMIZAR A ADESÃO TERAPÊUTICA 352**
USE OF TECHNOLOGY FOR ENGAGING PATIENTS AND IMPROVING ADHERENCE TO MEDICATION
Marcelo Katz, Gustavo Freitas Feitosa, Ibraim Masciarelli F. Pinto, Marcelo de Maria Felix, Luiz Aparecido Bortolotto
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003352-57>
- ASSOCIAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E SAÚDE CARDIOVASCULAR: DO CONCEITO À IDENTIFICAÇÃO DE PREDItores INDEPENDENTES 358**
THE ASSOCIATION BETWEEN MENTAL HEALTH AND CARDIOVASCULAR HEALTH: FROM THE CONCEPT TO THE IDENTIFICATION OF INDEPENDENT PREDICTORS
Maurício Wajngarten, Anna Maria Andrei, Dirceu Almeida, Cláudio Marcelo Bittencourt das Virgens, Otávio Rizzi Coelho Filho
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003358-64>
- ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO QUE ENVOLVEM ESPIRITUALIDADE EM CARDIOLOGIA 425**
PREVENTION AND TREATMENT STRATEGIES INVOLVING SPIRITUALITY IN CARDIOLOGY
Fernando Nobre, Gustavo Bernardes de Figueiredo Oliveira, José Francisco Kerr Saraiva, Lucélia Magalhães, Sérgio Menezes Couceiro
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003425-30>

ESPIRITUALIDADE: DO CONCEITO À ANAMNESE ESPIRITUAL E ESCALAS PARA AVALIAÇÃO

SPIRITUALITY: FROM CONCEPT TO SPIRITUAL ANAMNESIS AND EVALUATION SCALES

Roberto Esporcatte^{1,2,3}

Álvaro Avezum Jr^{3,4,5}

Alexander Moreira-Almeida⁶

Ibraim Masciarelli Francisco

Pinto^{7,8}

Emilio Hideyuki Moriguchi^{3,9}

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

2. Hospital PróCardíaco. Unidade Cardiointensiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

4. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Centro Internacional de Pesquisa. São Paulo, SP, Brasil.

5. Universidade de São Paulo. Departamento de CardioPneumologia. São Paulo, SP, Brasil.

6. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF - NUPES - Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde. Juiz de Fora, MG, Brasil.

7. Grupo FLEURY. São Paulo, SP, Brasil.

8. Métodos Diagnósticos do Instituto Dante Pazzanese. São Paulo, SP, Brasil.

9. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência:

Roberto Esporcatte

Rua Mena Barreto, 29 Botafogo,

Rio de Janeiro/RJ - CEP 22271 - 100.

resporcatte@globocom

RESUMO

A integração da espiritualidade de forma sistemática e profunda na prática clínica tem sido recomendada como forma de transmitir aos pacientes a certeza de sua posição no centro dos cuidados. A maioria dos pacientes tem alguma forma de religiosidade/espiritualidade que influencia tanto os processos envolvidos na manutenção da saúde e no adoecimento, quanto nas formas de enfrentamento das adversidades. Muitos pacientes e seus familiares têm demandas na esfera da espiritualidade, principalmente em doenças graves, crônicas ou próximas do fim. Há um conjunto de evidências que indicam que diversas expressões da espiritualidade têm impacto significativo na saúde e no bem-estar, que se associa a menores níveis de mortalidade geral, depressão, suicídio e uso de substâncias e a aumento da qualidade de vida. Além de grande lacuna na formação médica para realizar a anamnese espiritual adequada, muitos profissionais têm incertezas sobre a receptividade dos pacientes, a percepção de invasão de privacidade ou a imposição de religião, dificuldades na linguagem da espiritualidade, divergências de crença ou mesmo falta de tempo. Para que essa abordagem não seja conflitante há que haver preparo e aceitação tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto dos pacientes e cada momento de interação deve ser transformado em oportunidade para uma avaliação natural e sensível da espiritualidade. Neste artigo, os autores apresentam diversos conceitos sobre espiritualidade e propostas para o rastreamento e anamnese baseadas em questionários e escalas disponíveis tanto para prática clínica como para pesquisa.

Descritores: Espiritualidade; Religião; Formação de Conceito; Anamnese; Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT

Integrating spirituality into clinical practice, in a systematic and profound way, has been recommended as a way of transmitting a greater sense of security to patients at the care center. Most patients have some form of religious or spiritual belief that impacts both the processes involved in maintaining health and illness, and the ways in which they cope with adversity. Many patients and their families have spiritual requirements, especially those with serious, chronic or end-of-life conditions. There is a body of evidence to indicate that different expressions of spirituality have a significant impact on health and well-being, being associated with lower levels of overall mortality, depression, suicide and substance abuse, and better quality of life. In addition to the great gap in medical training to conduct an adequate spiritual anamnesis, many professionals have uncertainties related to patient's receptiveness, perceived invasion of privacy or of imposing religion, difficulties with the language of spirituality, differences of belief, or even a lack of time. To ensure that this approach is not conflicting, there must be preparation and acceptance by health professionals and patients, and each moment of interaction must be turned into an opportunity for a natural and sensitive assessment of spirituality. In this article, the authors present several concepts about spirituality, and some proposals for screening and anamnesis based on the questionnaires and scales available for clinical practice and research.

Keywords: Spirituality; Religion; Concept Formation; Medical History Taking; Surveys and Questionnaires.

INTRODUÇÃO

Muitos pacientes têm sua vida pessoal, cuidados de saúde e formas de enfrentamento de dificuldades e doenças paudadas por crenças e comportamentos religiosos e espirituais. Um consistente e crescente corpo de evidências indica que a religiosidade e espiritualidade têm um marcante impacto, geralmente positivo, sobre a saúde e bem estar, em especial: menores níveis de mortalidade geral, depressão, suicídio, uso/abuso de substâncias e melhor qualidade de vida.¹

Para muitos, o isolamento decorrente do grau de adoecimento e confinamento domiciliar ou hospitalar, o afastamento da comunidade ou a impossibilidade de manter suas práticas religiosas pode gerar sofrimento espiritual, interferir na aderência ou gerar conflitos no tratamento.^{2,3}

A maioria dos pacientes possui alguma forma de religiosidade/espiritualidade e deseja que questões relacionadas sejam feitas pelo profissional de saúde, especialmente o médico. Tal interação agrega maior empatia, confiança no profissional, dá ao paciente a percepção de ser melhor acolhido e ser colocado no centro dos cuidados mais humanizados e desta forma fortalece a relação médico-paciente.^{4,5}

Com base nas evidências supracitadas, diversas associações médicas e da área de saúde têm recomendado a integração da religiosidade/espiritualidade na prática clínica, notadamente através da anamnese espiritual.⁶⁻⁸ Apesar disso, muitos estudantes e profissionais ainda não abordam o tema na prática clínica. Entre as principais barreiras apontadas por eles estão a incerteza sobre a receptividade dos pacientes, falta de conhecimento e treinamento formal, receio de ser interpretado como invasão de privacidade ou imposição de religião, dificuldades na linguagem da espiritualidade, divergências de crença ou mesmo simples falta de tempo.^{9,10} É lícito imaginar que grande parte dessas dificuldades resultem de falta de treinamento, pois a temática ainda não é usualmente abordada durante os anos de formação profissional. Em decorrência disto, o assunto acaba por não ser incluído nas anamneses e perde-se assim a oportunidade de estreitar ainda mais a relação médico-paciente e abordar o paciente de modo mais completo. O objetivo deste artigo é apresentar o conceito de espiritualidade e sugerir modos de incluir o assunto na anamnese, assim como apresentar escalas que facilitem a abordagem prática deste tema nas consultas e avaliações médicas.

CONCEITUAÇÃO DE ESPIRITUALIDADE

Encontrar linguagem e conceitos claros para espiritualidade como um aspecto relevante da experiência humana é um desafio persistente. Como atributo central da espiritualidade se coloca a presença do sagrado, o qual se refere “não apenas a Deus, ao poder superior, ou ao divino, mas também aos espectros da vida que adquirem caráter e significado espiritual”.¹¹ Nesta perspectiva, o sagrado incluiria percepções de transcendência, infinitude, derradeiro e conectividade profunda. Indivíduos religiosos ou não atribuem qualidades sagradas a muitos aspectos da vida, incluindo natureza, tempo, relacionamentos, esforços e virtudes. Para alguns indivíduos, o termo sagrado ressoa como meio de expressar esses aspectos da vida que são separados do comum. Entretanto, para outros, a terminologia do sagrado está entrelaçada com as noções teístas de espiritualidade e podem promover exclusão conceitual.

Para Koenig, religião é “um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o transcendente ou o Divino e fomentar a compreensão do relacionamento e das responsabilidades de uma pessoa com os outros que vivem em comunidade”.^{6,7,11}

Já religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. Pode ser organizacional (participação na igreja, templo ou serviços religiosos) ou não organizacional como rezar, ler livros ou assistir programas religiosos por iniciativa própria.

Para Koenig, “espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de uma comunidade”.¹²

Para o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia “espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoal”. Pode-se acrescentar ainda o aspecto de ser motivado ou não pela vontade e ser passível de observação e de mensuração”.⁶

Espiritualidade também pode ser conceituada como “um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, pelo qual as pessoas buscam significado, propósito, transcendência e experimentam relacionamento com o eu, a família, os outros, a comunidade, a sociedade, a natureza e o significativo ou sagrado. Espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas”.¹³

Como visto acima, a construção conceitual de espiritualidade para muitos inclui religião e outras visões do universo, mas pode englobar também aspectos muito mais gerais, pelos quais as experiências individuais ou coletivas possam ser expressas, inclusive através das artes, relações com a natureza e outros, e para alguns, através do conceito de humanismo secular.¹⁴

Conforme Lucchese e Koenig, sob a ótica humanista secular, não existe crença, conexão ou desejo de se conectar à transcendência, ao sagrado, a Deus ou ao sobrenatural, pois as convicções, comportamentos e relações sociais têm valor e importância intrínsecas. Relacionamentos humanos, valores morais e padrões éticos são muito importantes, e o perdão, o altruísmo e a gratidão são frequentemente enfatizados e praticados, mas sem qualquer referência ao transcendente.¹⁵

ANAMNESE OU HISTÓRIA ESPIRITUAL

A anamnese ou história espiritual pode ser vista como um conjunto de perguntas para convidar os pacientes a compartilhar suas crenças e práticas religiosas ou espirituais, especialmente em sua relação com a saúde. Deve ser centrada no paciente e guiada pela extensão em que o paciente escolhe divulgar suas vivências espirituais.^{12,16}

É fundamental buscar entender as crenças do paciente, identificar aspectos que interferem nos cuidados de saúde, avaliar a força espiritual individual, familiar ou social que lhe permitirá enfrentar a doença, oferecer empatia e apoio, ajudá-lo a encontrar aceitação da doença e identificar situações de conflito ou sofrimento espiritual que exigirão avaliação por um profissional capacitado. Nesta avaliação, torna-se

fundamental também detectar sentimentos negativos que possam contribuir com o adoecimento ou agravamento do mesmo tais como mágoa, ressentimento, falta de perdão, ingratidão, raiva, hostilidade, entre outros. Além destes aspectos, a resposta emocional do paciente e a presença de sentimentos negativos pode interferir até mesmo com a aderência medicamentosa ao tratamento.⁶⁻¹⁸

Existem várias formas de abordar esse tema e o mais importante é que isso seja feito de forma sensível, sem promover visões de religiões ou seculares. Tampouco o indivíduo deve ser ou se sentir coagido a adotar crenças ou práticas específicas, religiosas ou não.⁶

Para que essa abordagem não seja conflitante há que haver preparo e aceitação tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto pelos pacientes e cada momento de interação deve ser transformado em oportunidade para uma avaliação sob a ótica da espiritualidade. Isto pode se dar na abordagem de um novo paciente no fluxo normal da anamnese e da história social, envolvendo familiares ou círculo de relacionamentos pessoais. Deve ser lembrada sempre na admissão hospitalar ou casas de apoio, principalmente frente a doenças graves, crônicas, progressivas ou de prognóstico reservado, internações prolongadas e nas situações de investigações diagnósticas ou intervenções terapêuticas de alto risco.

Nas apresentações clínicas críticas, agudas e instáveis, grandes traumas ou de grande envolvimento emocional, deve-se postergar e identificar o melhor momento para estas abordagens.⁶ Em consultas de manutenção ou revisão, lacunas de informações sobre espiritualidade devem ser preenchidas.

Na maioria das vezes a abordagem pode ser feita naturalmente, durante a entrevista, no momento em que o médico avalia os aspectos psicossociais. Detalhar as formas de apoio e enfrentamento utilizadas pelo paciente e seu núcleo familiar em doenças graves, com perdas significativas ou mesmo inquirir sobre os hábitos e aspectos comportamentais envolvendo estilo de vida, atividades de interesse e lazer, são estratégias importantes para facilitar a obtenção de valores intrínsecos e sensíveis.¹⁵

Pacientes não religiosos ou reticentes ao tema da espiritualidade podem ser abordados sobre as estratégias e forças utilizadas em enfrentamento de doenças prévias, histórico de saúde mental e suportes prévios utilizados como terapias comportamentais, ansiolíticos, antidepressivos e estimulantes, ou mesmo inquirir sobre o que promove significado, propósito de vida, visão sobre finitude e quais crenças ou hábitos de vida podem ter impacto nas condutas médicas. A negativa ou percepção de desconforto frente à abordagem por parte do entrevistado também devem ser vistas como um alerta para dificuldades e conflitos internos com o tema, abordagem incompleta ou incipiente, momento não adequado e despertar a reflexão do profissional de saúde para posterior revisão nesta área.

O profissional da saúde deve mostrar-se sensível e acolhedor para com as crenças e práticas religiosas. Havendo sentimentos negativos, conflitos ou necessidades espirituais, o profissional pode solicitar a participação de indivíduo treinado na área ou de membro da comunidade do paciente, de forma a lidar adequadamente com essas questões de modo mais íntimo e que possa ser mais efetivo.⁶

Deve-se inquirir sobre a importância da espiritualidade,

da religiosidade e da religião para o paciente, se esta o ajuda a lidar com a doença, se gera estresse ou sentimentos negativos como culpa, raiva, tristeza, injustiça, medo da morte, punição e se exerce influência na adesão ou em decisões sobre o tratamento e se há alguma necessidade espiritual não atendida.^{6,19}

Abordagens clínicas em espiritualidade podem ser vistas em três níveis: rastreamento, anamnese e abordagem ou cuidados na dimensão espiritual.²⁰

O rastreamento espiritual é de breve duração e deve ser feito já no contato inicial, por todo e qualquer provedor de cuidados clínicos, através de questões abertas ou escala de respostas. O objetivo é identificar pacientes com necessidade de maior detalhamento ou mesmo de encaminhamento para cuidados em espiritualidade. Algumas formas de entrevista podem ser semi-estruturadas como a proposta por Fitchett e Risk: "Religião ou espiritualidade são importantes no enfrentamento da sua doença? Se sim, quanta força/conforto você retira da sua religiosidade/espiritualidade neste momento? Se não, houve algum momento em que (R/E) foi importante para você? Você gostaria da visita de um capelão?"²¹⁻²³

Para o segundo nível de abordagem, onde se pretende uma história ou anamnese espiritual, faz-se necessário melhor nível de conhecimento e treinamento, sendo reservado principalmente para médicos, enfermeiros ou outros profissionais capacitados como capelães.²⁰ A anamnese, também de curta duração, pode ser feita na primeira abordagem ou nas visitas subsequentes por meio de questões abertas. Permite ampliar o entendimento dos diferentes domínios da espiritualidade e religiosidade dos pacientes que poderão afetar a evolução clínica, o enfrentamento da doença, o autocuidado e seu bem-estar físico, mental e espiritual.⁶

A história espiritual pode ser obtida ao longo da conversa com o paciente, de maneira informal e intuitiva, ou valer-se de instrumentos estruturados, muito úteis principalmente para aqueles não familiarizados ou em processo de aprendizagem. Há um número significativo de questionários disponíveis e validados na língua portuguesa, analisados criticamente por Lucchetti et al.²⁴

Para a prática assistencial, em busca de informações mais aprofundadas e com o objetivo de identificar demandas, expectativas, mecanismos associados de adoecimento há várias ferramentas que avaliam diferentes domínios de espiritualidade e religiosidade e que mostram associações com desfechos de saúde.

Analisar alguns destes instrumentos, conhecidos por seus acrônimos como FICA,²⁵ HOPE,²⁶ SPIRIT²⁷ e FAITH,³ leva à progressiva familiarização com os diversos aspectos relevantes à anamnese espiritual, com maior desenvoltura, abrangência e, consequentemente, maior capacidade de atender as demandas do paciente. (Quadros 1 e 2)

O questionário FICA tem mostrado as melhores características psicométricas, (Quadro 1) analisando quatro dimensões (Fé ou Crenças, Importância e Influência, Comunidade e Ação no tratamento). É de fácil aplicação, rápida execução e boa memorização. Da mesma forma, o HOPE tem mostrado boa performance na avaliação espiritual, abordando as fontes de esperança e enfrentamento, participação em organização religiosa, práticas espirituais pessoais e efeitos da espiritualidade sobre o tratamento. Dois outros instrumentos úteis

Quadro 1. Questionários HOPE, FICA, CSI-MEMO e ACP para anamnese espiritual.

Questionário HOPE	Questionário FICA
H – Há fontes de esperança? Quais são suas fontes de esperança, conforto e paz? A que você se apega nos tempos difíceis? O que lhe dá apoio e faz você andar para a frente?	F – Fé/crença Você se considera religioso ou espiritualizado? Você tem crenças que ajudam a lidar com os problemas? Se não tem, o que dá significado à vida?
O – Organização religiosa Você se considera parte de uma religião organizada? Isso é importante? Faz parte de uma comunidade? Isso ajuda? De que formas sua religião ajuda você? Você é parte de uma comunidade religiosa?	I – Importância/influência Que importância você dá para a fé e as crenças religiosas na sua vida? A fé ou as crenças já ajudaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? Você tem alguma crença que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?
P – Práticas espirituais pessoais Você tem alguma crença espiritual que seja independente da sua religião organizada? Você crê em Deus? Qual é a sua relação com ele? Que aspectos da sua espiritualidade ou prática espiritual ajudam mais? (oração, meditação, leituras, frequentar serviços religiosos?)	C – Comunidade Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Ela lhe dá suporte? Como? Existe algum grupo de pessoas que você realmente ama ou é importante para você? Há alguma comunidade (igreja, templo, grupo de apoio) que lhe dê suporte?
E – Efeitos no tratamento Há algum recurso espiritual do qual você está sentindo falta? Há alguma restrição para seu tratamento gerada por suas crenças?	A – Ação no tratamento Como você gostaria que o médico considerasse a questão R/E no seu tratamento? Indique algum líder religioso/espiritual da sua comunidade.
CSI—MEMO	História espiritual (American College of Physicians)
1. Suas crenças religiosas/espirituais lhe dão conforto ou são fontes de estresse? 2. Como estas crenças influenciariam suas decisões médicas se você ficasse realmente doente? 3. Você possui algum tipo de crença espiritual que pode influenciar ou conflitar com suas decisões médicas? 4. Você é membro de alguma comunidade espiritual ou religiosa e ela lhe dá suporte? 5. Você possui alguma necessidade espiritual que deva ser abordada por alguém?	1. A fé (religião/espiritualidade) é importante para você nesta doença? 2. A fé tem sido importante para você em outras épocas da sua vida? 3. Você tem alguém para falar sobre assuntos religiosos? 4. Você gostaria de tratar de assuntos religiosos com alguém?

Quadro 2. Questionário SPIRIT para anamnese espiritual.

Domínio	Sugestões de perguntas
S - Spiritual belief system	
S: Sistema de crenças espirituais	Você tem uma afiliação religiosa formal? Você tem uma vida espiritual que é importante para você?
P - Personal spirituality	
P: Espiritualidade pessoal	De que maneira sua espiritualidade é importante para você?
I - Integration with a spiritual community	
I: Integração com uma comunidade espiritual	Você pertence a algum grupo ou comunidade religiosa ou espiritual?
R - Ritualized practices and restriction	
R: Práticas ritualizadas e restrição	Quais práticas específicas você realiza como parte da vida religiosa ou espiritual?
I - Implications for medical care	
I: Implicações para a assistência médica	Você gostaria de discutir implicações religiosas ou espirituais da assistência à saúde?
T - Terminal events	
T: Eventos terminais	Existem aspectos particulares dos cuidados médicos que você deseja renunciar ou recusou por causa de sua religião / espiritualidade?

são o CSI-MEMO (acrônimo para os termos em inglês de *Comfort, Stress, Influence, MEMber of religious community, Other spiritual needs*)²⁸ e o instrumento de história espiritual do *American College of Physicians*.²⁹ (Quadro 1) Naturalmente, é necessário que o profissional domine e aplique todos esses instrumentos. Eles são apresentados aqui como ilustrações das diversas abordagens possíveis. Recomenda-se que o clínico se familiarize com pelo menos um deles e o aplique rotineiramente. As pesquisas e a prática clínica indicam que sua utilização leva apenas de dois a cinco minutos.

Há um terceiro nível da anamnese e interação com os pacientes através de entrevistas mais longas, estruturadas em diretrizes e conceitos validados e que têm por objetivo aprimorar o diagnóstico e estabelecer um plano de cuidados espirituais. Esta forma de entrevista pode ocorrer em uma primeira abordagem ou em encontros subsequentes. É a oportunidade para identificar problemas, demandas específicas ou conflitos na área da espiritualidade que necessitem de um plano de ação diagnóstico e terapêutico personalizados. Para tal, é necessário que o profissional detenha capacitação específica e experiência, principalmente para fins de intervenções clínicas.

Não se deve esperar que a equipe interdisciplinar possa concluir uma avaliação espiritual completa ou atender todas as necessidades espirituais. Enfermeiros, médicos e outros membros da equipe de saúde podem atender às

necessidades espirituais de uma pessoa, mas o cuidado espiritual especializado está fora do escopo tradicional de sua prática. Da mesma forma, líderes religiosos podem visitar seus próprios membros no hospital, mas frequentemente eles não fazem parte da equipe de saúde, podendo não haver experiência suficiente para a criação de planos de cuidados espirituais.

Em nosso meio, a atividade de cuidados espirituais é frequentemente exercida por formas variadas de capelania, principalmente no modelo confessional, ou por profissionais da área da saúde mental enquanto em outros países, a capelania não-confessional assume o papel central das intervenções. Estes profissionais, quando certificados, devem possuir conhecimento amplo e ecumênico, com rigoroso código de ética que exige respeito e proíbe o proselitismo de modo que as crenças e escolhas pessoais de cada paciente sejam respeitadas e o conjunto de aspectos ligados à espiritualidade sejam utilizados para o benefício da saúde e do bem-estar do paciente.

ESCALAS PARA AVALIAÇÃO EM PESQUISA

São muitos os instrumentos disponíveis para aferição das dimensões de espiritualidade, embora muitos o façam explorando mais os domínios da religião e religiosidade, do bem-estar e paz interior ou sentimentos como perdão e gratidão. Isso se deve à diversidade conceitual do que se entende por espiritualidade. Alguns autores defendem que o termo espiritualidade deve manter sua especificidade de referência ao transcendente (à dimensão espiritual) e ao sagrado.^{30,31} Outros autores, defendem um conceito mais largo de espiritualidade, mas correndo o risco de incluir outros aspectos importantes da vida, mas não necessariamente espirituais, como felicidade, bem estar, apreciação do belo e da natureza. Além disso, é importante distinguir escalas que se propõem a medir especificamente espiritualidade, das que medem o que elas chamam de “bem estar espiritual”, que envolve vários estados psicológicos positivos (embora não necessariamente ligados à espiritualidade) como paz, sentido existencial e bem estar em geral.

O desenvolvimento de instrumentos destinados a avaliar a espiritualidade pode ser concebido como um processo de duas etapas.³² (Quadro 3) O primeiro passo deve ser a definição do aspecto conceitual da espiritualidade que

Quadro 3. Desenvolvimento de instrumentos de aferição de espiritualidade. Modificado de Monod e col.³²

Conceitos (áreas de aferição)	Classificação funcional: operacionalização dos conceitos
Espiritualidade geral	1. Expressão cognitiva: medir atitudes e crenças Ex: “Você acredita que a meditação tem valor?”
Bem-estar espiritual	2. Expressão comportamental: medir comportamentos Ex: “Com que frequência você vai à igreja?”
Necessidades espirituais	3. Expressão afetiva: medir sentimentos Ex: “Você se sente em paz?”
Enfrentamento (<i>coping</i>) ou suporte espiritual	

o instrumento pretende avaliar e, à seguir, é necessária a definição dos itens que operacionalizem o conceito de espiritualidade em questão.

Embora seja uma escala de religiosidade, o índice DUREL (*Duke University Religion Index*) pode ser útil para abordagens mais simples. É sucinto, de fácil aplicação e composto por cinco itens que avaliam três dimensões do envolvimento religioso: religiosidade organizacional, não-organizacional e intrínseca.³³ (Quadro 4)

Várias revisões sistemáticas analisam os instrumentos disponíveis, com análise crítica quanto aos domínios explorados, suas propriedades psicométricas disponibilidade e validação em português.^{24, 32,34}

Para fins de pesquisa parecem mais apropriados os questionários com resposta em escala numérica. Eles variam no número de questões, modo de aplicação e resposta. Para uso individual e assistencial, os questionários com respostas abertas e menor número de questões são mais práticos.

A escala denominada Medida Multidimensional Breve de Religiosidade e Espiritualidade (*Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality*) é bem abrangente e considera diversas dimensões: frequência das experiências espirituais, valores/crenças, propensão para perdão, práticas religiosas de caráter pessoal, superação religiosa e espiritual, suporte e comprometimento religioso.³³

A escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-12) é muito difundida e procura avaliar o bem estar espiritual em três domínios compreendidos por paz, significado e fé. Validada em português,³⁵ é respondida de forma autônoma, em escala Likert de cinco pontos (0 - 4) para as seguintes assertivas: a) Me sinto em paz; b) Eu tenho uma razão para viver; c) Minha vida foi produtiva; d) Tenho problemas para sentir paz de espírito; e) Sinto um senso de propósito na minha vida; f) Sou capaz de me aprofundar intensamente em busca de conforto; g) Sinto uma sensação de harmonia dentro de mim; h) Minha vida carece de significado e propósito; i) Encontro conforto em minha fé ou crenças espirituais; j) Encontro força em minha fé ou crenças espirituais; k) Minha doença fortaleceu minha fé ou crenças espirituais; e l) Eu sei que aconteça o que acontecer com a minha doença, tudo ficará bem.

Há instrumentos mais elaborados, extensos, explorando mais claramente domínios diversos e permitindo mensuração da religiosidade e espiritualidade. São estruturado com perguntas e respostas pontuadas, o que traz maior aplicabilidade para pesquisa clínica.

O instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, no módulo de Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHO-SRPB) avalia trinta e dois itens, distribuídos em oito domínios: a) Conexão a ser ou força espiritual; b) Sentido na vida; c) Admiração; d) Totalidade e integração; e) Força espiritual; f) Paz interior; g) Esperança e otimismo; e h) Fé. Está validado no Brasil e tem sido um dos instrumentos mais utilizados na pesquisa clínica.³⁶ (Quadro 5)

No entendimento e conceitualização do que seja bem-estar, há quatro dimensões (física ou biológica, social, mental ou psicológica e espiritual), onde são reconhecidos aspectos tanto patogênicos como salutares. No aspecto biológico, há vulnerabilidades ou proteções genéticas, padrão de uso de substâncias, sono, exercício, hábitos alimentares, etc. No

Quadro 4. Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (DUREL).

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (religiosidade organizacional).	
1. () Mais do que uma vez por semana	4. () Algumas vezes por ano
2. () Uma vez por semana	5. () Uma vez por ano ou menos
3. () Duas a três vezes por mês	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? (religiosidade não-organizacional).	
1. () Mais do que uma vez ao dia	4. () Uma vez por semana
2. () Diariamente	5. () Poucas vezes por mês
3. () Duas ou mais vezes por semana	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. (religiosidade intrínseca)	
3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).	
1. () Totalmente verdade para mim	4. () Em geral não é verdade
2. () Em geral é verdade	5. () Não é verdade
3. () Não estou certo	
4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	
1. () Totalmente verdade para mim	4. () Em geral não é verdade
2. () Em geral é verdade	5. () Não é verdade
3. () Não estou certo	
5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	
1. () Totalmente verdade para mim	4. () Em geral não é verdade
2. () Em geral é verdade	5. () Não é verdade
3. () Não estou certo	

Quadro 5. Escala de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, módulo de Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHO-SRPB).⁽³⁶⁾

<p>Conexão a ser ou força espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis? • Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse? • Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros? • Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?
<p>Sentido na vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você encontra um sentido na vida? • Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você? • Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade? • Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?
<p>Admiração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (p. ex: natureza, arte, música) • Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza? • Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida? • Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?
<p>Totalidade & integração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma? • Quanto satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma? • Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa? • Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?
<p>Força espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você sente força espiritual interior? • Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis? • Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor? • Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?
<p>Paz interior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo? • Até que ponto você tem paz interior? • Quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso? • Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?
<p>Esperança & otimismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quanto esperançoso você se sente? • Até que ponto você está esperançoso com a sua vida? • Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida? • Quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?
<p>Fé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar? • Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia? • Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia? • Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

social, observa-se a adversidade infantil, modelos, apoio, pobreza, casamento, ambiente de trabalho, etc. No psicológico, há determinantes do quadro cognitivo, crenças centrais, etc. Já no espiritual, o bem estar pode estar relacionado a crenças sobre Deus, significado da vida, frequência à igreja, oração, meditação, estilos de enfrentamento religioso, etc. Este modelo de quatro domínios de saúde e bem-estar espiritual abrange todo o espectro de visões de mundo existentes, tanto as de base intrinsecamente religiosas quanto aquelas inerentes ao racionalismo ateuista.³⁷

A escala de bem-estar espiritual (*Spiritual Well-Being Scale - SWBS*) é muito utilizada em pesquisas e avalia o bem estar em vinte itens divididos em quatro domínios: pessoal, comunitário, religioso e transcendental.³⁸ (Quadro 6) Aos respondedores é solicitado que indiquem em que medida sentem que cada afirmação reflita a sua experiência pessoal atual. Está adaptada e validada para o português.³⁹

Revisões sistemáticas analisam os instrumentos disponíveis para avaliações de espiritualidade^{32,40} e bem-estar espiritual.⁴¹

Outra área de conhecimento em plena expansão diz respeito à análise das associações existentes entre espiritualidade, sentimentos, valores e saúde. Aspectos da psicologia positiva e comportamentais como otimismo, gratidão e perdão se contrapõem aos negativos como raiva, ansiedade, depressão e hostilidade, interferindo no processo da saúde e se associando a eventos adversos clinicamente relevantes.⁴²⁻⁴⁵ Nessa linha, tem sido proposto um novo campo de estudos da experiência humana e suas marcantes implicações para a saúde, o "Florescimento Humano". Este florescimento seria a busca do entendimento e potencialização de fatores que conduzem ao pleno desenvolvimento dos potenciais humanos, incluindo, felicidade, sentido existencial, virtudes e vínculos sociais fortes e saudáveis.⁴⁶

Quadro 6. Escala de bem estar espiritual (SWBS). Modificado de Marques e col.³⁹

Pessoal	Comunitária
1. identidade pessoal	1. amor pelos outros
2. auto-consciência	2. bondade para com outros
3. alegria na vida	3. confiar nos outros
4. paz interior	4. respeito pelos outros
5. sentido para a vida	5. generosidade para com outros
Ambiental	Transcendental
1. ligação com natureza	1. relação com Deus
2. admiração da paisagem	2. admiração pela criação
3. união com natureza	3. união com Deus
4. harmonia com ambiente	4. paz com Deus
5. magia na natureza	5. vida, meditação e oração

REFERÊNCIAS

- Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press. 2012.
- Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*. 1999;36(2):273-85.
- Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. A 23-year mortality follow-up in the Israeli

Algunas das limitações observadas nos estudos de espiritualidade são referentes aos mecanismos envolvidos ainda não completamente elucidados, além da indefinição quanto aos melhores instrumentos de aferição na área de sentimentos e valores. Neste contexto, os questionários são heterogêneos, concebidos em cenários muito gerais ou muito específicos, frequentemente com validação interna e externa limitadas e capacidade discriminativa restrita. Ainda assim, deve-se destacar para a prática clínica e para pesquisas, o questionário de gratidão (*Gratitude Questionnaire - GQ-6*),⁴⁷ a Avaliação de Atitudes em relação ao Perdão (*Attitudes Toward Forgiveness*) e a Escala de Tendência para Perdoar (*Tendency to Forgive Scale*)⁴⁸ e a escala de otimismo (*Life Orientation Test-Revised*).⁴⁹

São promissoras as intervenções sobre estes componentes comportamentais e espirituais, embora os resultados não sejam uniformes,^{50,51} no entanto revisões sistemáticas recentes indicaram impactos positivos tanto sobre a saúde física como a mental.^{52,53} Indivíduos que receberam intervenções de perdão relataram maior capacidade de perdoar, mais esperança e menos depressão e ansiedade.^{54,55}

No estudo PEACE-III (*Positive Emotions after Acute Coronary Events-III*), envolvendo pacientes pós síndrome coronariana aguda e a utilização de intervenções de psicologia positiva, observou-se melhora substancial nos desfechos psicológicos e comportamentais, maior aderência ao programa de reabilitação física e maior carga semanal de atividades físicas realizadas.⁵⁶ Outros estudos demonstraram resultados semelhantes após angioplastia coronariana percutânea.⁵⁷

CONCLUSÃO

O cuidado centrado no paciente pressupõe a compreensão plena por parte dos profissionais de saúde sobre os aspectos diretamente envolvidos na temática da espiritualidade, não apenas nos que diz respeito aos processos de manutenção da saúde e de adoecimento, mas principalmente no fato de que os pacientes e seus familiares trazem a demanda e esperam ser abordados nos seus conteúdos pessoais transcendentais. Diversos questionários estão disponíveis e validados, tanto para a prática clínica como para pesquisas, para os quais se espera progressiva familiaridade com seus domínios e sensibilidade na sua utilização.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology*. 1993;82(2-3):100-21.

- Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *Int J Psychiatry Med*. 2005;35(4):329-47.
- McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med*. 2004;2(4):356-61.

6. **Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787-891.**
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Braz J Psychiatry.* 2014;36(2):176-82.
8. **Moreira-Almeida A, Sharma A, Van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre Espiritualidade e Religiosidade em Psiquiatria. Revista Debates em Psiquiatria. 2018;8:6-8.**
9. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti AL, Colaborators S. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBRAEME. *BMC Med Educ.* 2013;13:162.
10. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract.* 2011;61(592):e749-60.
11. **Steinhauser KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. J Pain Symptom Manage. 2017;54(3):428-40.**
12. Lucchetti G, Bassi RM, Lucchetti AL. Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore (NY).* 2013;9(3):159-70.
13. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med.* 2014;17(6):642-56.
14. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *Int J Nurs Stud.* 2004;41(2):151-61.
15. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2013;28(1):103-28.
16. Borneman T, Ferrell B, Puchalski CM. Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. *J Pain Symptom Manage.* 2010;40(2):163-73.
17. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med.* 2009;12(10):885-904.
18. Koenig HG. STUDENTJAMA. Taking a spiritual history. *JAMA.* 2004;291(23):2881.
19. Berg G. The relationship between spiritual distress, PTSD and depression in Vietnam combat veterans. *J Pastoral Care Counsel.* 2011;65(1-2):6:1-11.
20. **Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. J Pain Symptom Manage. 2017;54(3):441-53.**
21. Fitchett G, Risk JL. Screening for spiritual struggle. *J Pastoral Care Counsel.* 2009;63(1-2):4-1-12.
22. Steinhauser KE, Voils CI, Clipp EC, Bosworth HB, Christakis NA, Tulsky JA. "Are you at peace?": one item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Intern Med.* 2006;166(1):101-5.
23. Mako C, Galek K, Poppito SR. Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *J Palliat Med.* 2006;9(5):1106-13.
24. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(2):112-22.
25. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med.* 2000;3(1):129-37.
26. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician.* 2001;63(1):81-9.
27. Maugans TA. The SPIRITual history. *Arch Fam Med.* 1996;5(1):11-6.
28. Koenig HG. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *JAMA.* 2002;288(4):487-93.
29. Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 1999;130(9):744-9.
30. Koenig HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(5):349-55.
31. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). *Soc Sci Med.* 2006;63(4):843-5.
32. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2011;26(11):1345-57.
33. **Curcio CS, Lucchetti G, Moreira-Almeida A. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in clinical and non-clinical samples. J Relig Health. 2015;54(2):435-48.**
34. Hall DE, Meador KG, Koenig HG. Measuring religiousness in health research: review and critique. *J Relig Health.* 2008;47(2):134-63.
35. **Lucchetti G, Lucchetti ALG, Gonçalves JPB, Vallada HP. Validation of the Portuguese version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp 12) among Brazilian psychiatric inpatients. J Relig Health. 2015;54(1):112-21.**
36. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):153-65.
37. Fisher J. The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions.* 2011;2(1).
38. Fisher J, Gomez, R. & Fisher, J.W. (2003) Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences.* 2003; 35(8): 1975-91.
39. Marques L, Castellá Sarriera J, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). *Aval Psicol.* 2009;8(2):179-86.
40. de Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M, van Dieendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. *J Relig Health.* 2012;51(2):336-54.
41. Linton M-J, Dieppe P, Medina Lara A. Review of 99 self-report measures for assessing well-being in adults: Exploring dimensions of well-being and developments over time. *BMJ Open.* 2016;6:e010641.
42. Celano CM, Beale EE, Beach SR, Belcher AM, Suarez L, Motiwala SR, et al. Associations Between Psychological Constructs and Cardiac Biomarkers After Acute Coronary Syndrome. *Psychosom Med.* 2017;79(3):318-26.
43. Mills PJ, Redwine L, Wilson K, Pung MA, Chinh K, Greenberg BH, et al. The Role of Gratitude in Spiritual Well-being in Asymptomatic Heart Failure Patients. *Spiritual Clin Pract (Wash D C).* 2015;2(1):5-17.
44. Rozanski A, Bavishi C, Kubzansky LD, Cohen R. Association of Optimism With Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019;2(9):e1912200.

-
45. May RW, Sanchez-Gonzalez MA, Hawkins KA, Batchelor WB, Fincham FD. Effect of anger and trait forgiveness on cardiovascular risk in young adult females. *Am J Cardiol.* 2014;114(1):47-52.
46. **VanderWeele TJ. On the promotion of human flourishing. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2017;114(31):8148-56.**
47. McCullough ME, Emmons RA, Tsang JA. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82(1):112-27.
48. Brown RP. Measuring individual differences in the tendency to forgive: construct validity and links with depression. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003;29(6):759-71.
49. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol.* 1994;67(6):1063-78.
50. Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, Whalley B, Rees K, Davies P, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:CD002902.
51. **Labarthe DR, Kubzansky LD, Boehm JK, Lloyd-Jones DM, Berry JD, Seligman ME. Positive Cardiovascular Health: A Timely Convergence. J Am Coll Cardiol. 2016;68(8):860-7.**
52. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* 2015;45(14):2937-49.
53. Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186539.
54. Recine AC. Designing forgiveness interventions: guidance from five meta-analyses. *J Holist Nurs.* 2015;33(2):161-7.
55. Lee YR, Enright RD. A meta-analysis of the association between forgiveness of others and physical health. *Psychol Health.* 2019:1-18.
56. Celano CM, Albanese AM, Millstein RA, Mastromauro CA, Chung WJ, Campbell KA, et al. Optimizing a Positive Psychology Intervention to Promote Health Behaviors After an Acute Coronary Syndrome: The Positive Emotions After Acute Coronary Events III (PEACE-III) Randomized Factorial Trial. *Psychosom Med.* 2018;80(6):526-34.
57. Peterson JC, Charlson ME, Hoffman Z, Wells MT, Wong SC, Hollenberg JP, et al. A randomized controlled trial of positive-affect induction to promote physical activity after percutaneous coronary intervention. *Arch Intern Med.* 2012;172(4):329-36.

ENFERMIDADE MORAL: COMO PENSAMENTOS E SENTIMENTOS INFLUENCIAM A SAÚDE CARDIOVASCULAR.

MORAL ILLNESS: THE INFLUENCE OF THOUGHTS AND EMOTIONS ON CARDIOVASCULAR HEALTH

Álvaro Avezum Jr¹
Mário Borba²
Carla Lantieri³
Dalmo Moreira⁴
Ricardo Bedirian⁵

1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Centro Internacional de Pesquisa. São Paulo, SP, Brasil

2. Cardio-Clinica do Vale, Lajeado, RS, Brasil.

3. Faculdade de Medicina do ABC. Divisão de Cardiologia. Santo André, SP, Brasil.

4. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Divisão de Eletrofisiologia, São Paulo, SP, Brasil.

5. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Departamento de Clínica Médica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência:
Álvaro Avezum. Rua 13 de Maio, 1815, Bloco A, 1º. SS, CEP: 01327-001, São Paulo, SP, Brasil.
avezum@yahoo.com

RESUMO

A espiritualidade tem sido pesquisada como paradigma para entendimento do adoecimento cardiovascular (CV) e intervenção terapêutica em potencial. Como pensamos e sentimos pode estar associado à ocorrência ou não de doença CV. Ela deve ser vista como um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade que, por meio de pensamentos, atitudes, ações e reações nas circunstâncias da vida, faz com que as pessoas procurem significado, propósito e transcendência. A enfermidade refere-se à resposta subjetiva do paciente ao fato de não estar bem mesmo não havendo confirmação laboratorial ou clínica, mas que pode ser avaliada objetivamente por meio de questionários ou escalas. Há correlação com alterações bioquímicas, hormonais ou com desfechos clínicos dependendo da intensidade, da condição clínica avaliada ou de período de observação. Existem escalas e questionários para avaliação de enfermidade moral, como por exemplo, gratidão, disposição ao perdão, propósito de vida e otimismo. A espiritualidade está associada independentemente à mortalidade CV, como a disposição ao perdão se associa à doença arterial coronariana, gratidão com melhores desfechos clínicos em insuficiência cardíaca e a raiva está associada com disfunção ventricular e diabetes. As intervenções baseadas em perdão e gratidão têm mostrado benefícios em parâmetros correlacionados com a saúde mental, saúde física e qualidade de vida. Há necessidade de estudos randomizados em pacientes com doença CV que avaliem intervenções baseadas em solidariedade atitudinal sobre a melhora da sobrevida livre de eventos. Cientificamente, podemos enunciar: Quando começamos a adoecer? Inicialmente, teríamos o desequilíbrio espiritual na intimidade de nossa consciência, por causa das escolhas e enfrentamento das situações cotidianas que vivenciamos? Estamos fazendo de nosso ambiente moral nosso campo de pesquisa em Cardiologia e postulando que esse modelo, que inclui a modificação de condutas comportamentais de cunho moral, permitiria a prevenção da doença CV.

Descritores: Enfermidade; Espiritualidade; Enfrentamento; Doenças Cardiovasculares; Solidariedade; Ética.

ABSTRACT

Spirituality has been studied both as a paradigm for understanding cardiovascular disease (CVD) and as a potential therapeutic intervention. How a person thinks and feels may be linked to whether or not they are affected by CVD. Therefore, it should be seen as a dynamic and intrinsic aspect of humanity who, through thoughts, attitudes, actions and reactions, in the circumstances of life, looks for meaning, purpose and transcendence. Illness is a subjective response of the patient who feels unwell even if there is no physical clinical or laboratory diagnosis. However, illness can be objectively evaluated using questionnaires or scales. It is correlated with biochemical and hormone changes or with clinical endpoints, depending upon its intensity, the patient's clinical condition, or the period of observation. There are scales and questionnaires for evaluating moral illness, such as gratitude, willingness to forgive, life purpose, and optimism. Spirituality has been independently associated with cardiovascular mortality, while willingness to forgive has been associated with coronary disease, gratitude with better endpoints in heart failure, and anger with ventricular dysfunction and diabetes. Forgiveness- and gratitude-based interventions have shown improvements in parameters associated with mental and physical health and quality of life. There is a

clear need for randomized trials in CVD patients, to evaluate attitudinal solidarity-based interventions to improve event-free survival. Scientifically, one may ask: When do we start to become ill? Do we start off with a spiritual imbalance deep in our consciousness, due to our choices and how we cope with situations of daily life? We bring the moral environment to our research field in Cardiology, and postulate that this model, which includes changes in moral behavioral attitudes, could help prevent CVD.

Keywords: *Illness; Spirituality; Coping; Cardiovascular Disease; Solidarity; Ethics.*

INTRODUÇÃO E CONCEITOS

Enfermidade Moral

Maimônides, há oito séculos, disse que devemos aceitar a verdade não importa qual seja a fonte semelhantemente Thomas Jefferson deixou a emblemática frase utilizada pela Divisão de Estudos Perceptuais da Universidade de Virgínia: “Fui corajoso para perseguir o conhecimento, nunca temendo seguir a verdade e a razão, qualquer fosse o resultado a que levassem.”¹ A ciência necessita peremptoriamente de busca incessante de novos conhecimentos que possam contribuir com a evolução da sociedade, especialmente no que se refere ao benefício em saúde populacional. Recentemente, o tema Espiritualidade tem sido discutido como paradigma para entendimento do adoecimento cardiovascular como também como potencial mecanismo de intervenção terapêutica visando atenuação deste adoecimento. Thomas Kuhn no livro *Teoria das Revoluções Científicas* apresenta as fases que estruturam um paradigma: Período de Pré-ciência que antecede a proposta de um Paradigma, baseado em três aspectos: maneira de ver o mundo, conjunto de métodos, práticas e instrumentos utilizados, e conjunto de compromissos teóricos, institucionais e pessoais. Estabelecido o paradigma a ciência passa por uma fase que ele chama de Normal – Período onde o avanço ocorre no sentido de corroborar os conceitos existentes. O objetivo é a expansão, mas com confirmação do conhecimento. Na sequência vem a fase Crise Científica – novos conceitos e novas maneiras de observar o mesmo fato. Ocorre um acúmulo excessivo de anomalias não explicáveis pelo atual conhecimento científico. A seguir temos o período da Revolução Científica, novos modelos para explicar o até então inexplicável. Elementos até então não-observáveis e interpretados como não lógicos passam a ser considerados. E finalmente há a quebra do primeiro paradigma e a consolidação do novo paradigma.² Portanto, paradigmas apresentam duas fases: a) acúmulo progressivo de conhecimentos e inevitavelmente b) a fase revolucionária que, em geral, mostra ruptura evolutiva com o modelo anterior, ou seja as evidências científicas disponíveis não se enquadram no paradigma predominante. Algumas feridas narcísicas da humanidade podem ser aqui rememoradas para ilustrar nosso pensamento: Galileu com o heliocentrismo, Darwin com o evolucionismo, Freud com a psicanálise (inconsciente como principal força determinantes de nossas condutas) e, colocamos atualmente a Espiritualidade com base essencial para entendimento do binômio saúde-doença. Nossa medicina atual, com forte herança newtoniana e cartesiana precisou tornar-se reducionista segmentando o ser humano para entender o adoecimento (coração, cérebro, fígado, rins, etc.), assumindo que entendendo as partes chegaríamos a

compreender o todo. Seguindo o modelo que dita os rumos para a pesquisa e para a humanidade, percebemos que os modelos newtoniano e cartesiano são insuficientes para entendimento adequado do processo de saúde e doença cardiovascular. Portanto, há necessidade de modelo inclusivo, abrangente e integral para darmos substancial salto qualitativo em Medicina Cardiovascular. Quando avaliamos os modelos propostos para explicar o adoecimento cardiovascular, um dos mais sensatos e abrangentes globalmente, é o modelo da transição epidemiológica. Por meio da mudança física da zona rural para a zona urbana ocorre benefício inicial por meio de vacinação e melhorias sanitárias, entretanto ocorre também alteração do nosso perfil de risco cardiovascular devido à redução da atividade física, alimentação não saudável e aumento nas taxas de estresse, depressão e enfrentamento negativo das situações adversas postas pela vida na sociedade urbana atual. Devido à alteração do padrão de risco, conseqüentemente, ocorrerão repostas metabólicas, que variam entre as diferentes sociedades globais, conduzindo aos fatores de risco: obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial.¹ De acordo com o Estudo *InterHeart*, fatores psicossociais (estresse e depressão) representam 33% do risco atribuível da população (RAP) associado ao infarto agudo do miocárdio (IAM), globalmente, sendo 17% o RAP, no *InterStroke*, em relação ao acidente vascular cerebral (AVC).³⁻⁶ Portanto, o enfrentamento positivo ou negativo de situações adversas no cotidiano pode associar-se independentemente ao IAM e ao AVC, como também o impacto clínico deste enfrentamento é substancial de acordo com o RAP.

Conceito de Espiritualidade

Consideramos duas definições como apropriadas à avaliação científica e à prática clínica. Uma definida pela Dra. Puchalski⁷ como aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade por meio do qual as pessoas procuram significado, propósito e transcendência, e experimentam relações consigo, com a família, com a sociedade, com a natureza e com o sagrado, sendo expressa por meio de crenças, valores, tradições e práticas. Outra definida pelo GEMCA/SBC (Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia) que define Espiritualidade como estado mental e emocional que norteia nossos pensamentos, atitudes, ações e reações nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoal, motivado ou não pela vontade, passível de observação e de mensuração.⁸

Conceito de Moral

A moral pode ser definida como um conjunto de regras, costumes e formas de pensar de um grupo social, que marca o que devemos e o que não deveríamos fazer em sociedade.

Etimologicamente, o termo moral tem origem no latim *moralis*, cujo significado é “maneira, caráter, comportamento próprio, relativo aos costumes”. Ainda, essa tem origem na tentativa dos romanos de traduzirem a palavra grega “*êthica*” (deriva de “*êthos*” – a interioridade do ato humano, ou seja, aquilo que gera uma ação genuinamente humana e que surge de dentro do sujeito moral). Em outras palavras, são os hábitos, costumes, usos e regras que se materializam quando da assimilação social dos valores. As regras definidas pela moral é que regulam o modo de agir das pessoas. O passar dos tempos pode modificar a moral, dependendo de como aquela sociedade evolui em termos sociais e culturais. Complementarmente, dependendo de cada região geográfica ou etnia, a moral pode ter contornos diferentes. No campo da filosofia, a moral é a parte que trata dos valores em si. Sentimentos e ações de cada indivíduo, orientados por esses valores, retratam as decisões que o ser humano, no exercício de sua liberdade, toma sobre o que deve fazer ou não para manter o bem estar social. Para o filósofo Immanuel Kant, a moral é baseada em um conhecimento que já é próprio do ser humano, afirmando que os indivíduos são capazes de julgar racionalmente se suas atitudes são boas ou más. Reiterava que os princípios morais não podem variar e muito menos depender do contexto, acreditando que para alcançar as leis morais universais, o indivíduo deve agir pela razão, que a sua ação precisa ser guiada pelo dever de cumprir algo correto e que é bom para todos. Complementarmente, o filósofo Friedrich Hegel dividiu a moral em dois tipos: a) a moral objetiva, que são as regras que constroem a moral, criadas dentro de uma sociedade, grupos religiosos e afins, e b) a moral subjetiva, que é o desejo espontâneo de cada indivíduo de seguir as regras, com o intuito de manter uma sociedade em um clima de harmonia e paz.⁹

Conceito de Doença

Doença se refere às anormalidades da estrutura e função dos órgãos e sistemas corporais, sendo chamadas de entidades patológicas que compõem o modelo médico de saúde debilitada como diabetes, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, e que podem ser especificamente identificadas e descritas pela referência a certa evidência biológica, química ou outra. A etiologia, sintomas e sinais, história natural, tratamento e prognóstico são considerados como similares em qualquer indivíduo, cultura ou grupo em que ocorram. A universalidade da forma de uma doença está relacionada com as definições do modelo médico de saúde e normalidade. Doença é frequentemente vista como um desvio destes valores normais e acompanhada por anormalidades na estrutura ou função dos órgãos ou sistemas corporais. O modelo de doença não consegue lidar com fatores pessoais, culturais e sociais da saúde debilitada, que são melhor percebidos a partir da perspectiva da enfermidade.¹⁰

Conceito de Enfermidade

De maneira simplificada, enfermidade é o que o paciente sente quando vai ao médico e doença o que ele tem ao voltar para casa do consultório médico. Doença é algo que um órgão tem; enfermidade é algo que o ser humano tem. Enfermidade se refere à resposta subjetiva do paciente ao fato de não estar bem; como ele e aqueles ao seu redor

percebem a origem e o significado desse evento; como isso afeta seu comportamento ou relacionamentos com outras pessoas; e os passos que ele toma para remediar esta situação. Enfermidade inclui não somente sua experiência de saúde debilitada, mas o significado que ele confere àquela experiência. Enfermidade, portanto, é a perspectiva do paciente sobre sua saúde debilitada, a perspectiva que é muito diferente do modelo de doença.¹⁰

Conceito de Enfermidade Moral

Resposta subjetiva, afetando o comportamento ou relacionamento com os outros, envolvendo valores, sentimentos, ou atitudes associadas com prejuízo para si e/ou para o outro, incluindo a sociedade. Por tratar-se de enfermidade, não há confirmação laboratorial ou clínica, entretanto, pode ser avaliada objetivamente por meio de questionários ou escalas. Adicionalmente, há correlação com alterações bioquímicas, hormonais ou desfechos clínicos dependendo da intensidade, da condição clínica avaliada ou de período de observação.

COMO MENSURAR E DIAGNOSTICAR ENFERMIDADE MORAL

Ao se falar de moralidade não há como dissociar isto da vida social. Os seres humanos possuem uma dualidade essencial de ser biológico e ser social e é no campo social que residem as questões éticas e morais e ao tratarmos de moralidade estamos de modo direto ou indireto tratando das virtudes ou valores. O próprio conceito de moral é algo complexo e muitas vezes confunde-se com ética. Moral seria o conjunto de valores vigentes num determinado contexto social e a ética seria a regra do bem proceder de acordo com as regras vigentes. A ética pode ser meramente normativa ou então a chamada ética das virtudes, de Aristóteles.^{8,9} Para o filósofo Sócrates a virtude era o bem mais precioso que uma pessoa poderia ter e levaria a uma vida perfeita. A concepção de Sócrates parecia basear-se mais em questões transcendentais, pela valorização da alma que sobreviveria à morte do corpo. Mais tarde, Aristóteles estatuiu que a felicidade se resumiria a cultivar as virtudes e evitar os vícios em seus extremos, de modo a assegurar uma vida com o máximo possível de felicidade e sem muita dor ou problemas. A perspectiva aristotélica parecia basear-se mais na felicidade terrena, sem negar questões transcendentais. Ele também desenvolveu alguns conceitos como ‘eudaimonia’, que mais tarde foi correlacionado ao florescimento humano da psicologia positiva, e pode ser compreendido como felicidade plena ou bem estar, apesar da etimologia do termo significar bom gênio (‘eu’ + ‘daimon’). O próprio pensador romano Juvenal, autor da célebre frase ‘*mens sana in corpore sano*’ disse que: “o único caminho de uma vida tranquila passa pela virtude”.¹¹ Séculos mais tarde o filósofo cristão Tomás de Aquino disse que as virtudes humanas são hábitos, qualidades que podem ser adquiridas, classificando-as em virtudes intelectuais e morais e dentre estas últimas inclui as três virtudes teológicas (fé, esperança e caridade). Para ele o cultivo das virtudes teria por fim garantir uma vida eterna feliz.¹² No final do século XX Martin Seligman iniciou movimento denominado Psicologia Positiva, que visa oferecer nova abordagem às potencialidades e virtudes humanas, focando nos aspectos positivos da *psiquê* ao invés de focar nos aspectos negativos ao abordar

os pacientes na psicoterapia.¹³ O cultivo das virtudes levaria à felicidade e ao bem-estar, um estado de florescimento humano, onde os indivíduos sentem uma emoção positiva pela vida, apresentam um ótimo funcionamento emocional e social.¹⁴ Se o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde envolve “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”,¹⁵ então o conceito de saúde pode ser afetado pela moralidade do indivíduo e uma enfermidade ou ‘desconforto’ moral afetariam a saúde do indivíduo. A grande dificuldade é o fato que nós médicos ainda não estamos habituados a abordar questões psicológicas, morais e muito menos filosóficas. Deste modo, como poderíamos abordar a enfermidade moral na prática clínica? Haveria uma medida única e simples para isto? Ou deveríamos abordar as questões morais através da avaliação das virtudes ou valores, tais como perdão, gratidão, benevolência, resiliência? O conceito de desconforto moral tem sido debatido há mais de três décadas, no contexto dos profissionais de saúde, muito em função de sua correlação com *burnout*. Algumas tentativas de mensurar desconforto moral foram realizadas, principalmente por estudos envolvendo profissionais de enfermagem. Os estudos mais conhecidos nestes profissionais são os de Corley et al. que desenvolveram a *Moral Distress Scale* (MDS), Escala de Desconforto Moral.^{16,17} Raines et al. desenvolveu a Escala de Desconforto Ético, também em profissionais de enfermagem.¹⁷ Glasberg et al. desenvolveram o Questionário de Estresse de Consciência em profissionais de saúde.¹⁸ Já Hanna desenvolveu em 2002 o Questionário de Avaliação do Desconforto Moral.¹⁹ Uma outra escala para avaliar desconforto moral foi desenvolvida em 2006 por Sporrang et al. envolvendo múltiplos profissionais de saúde.²⁰ Por fim, Eizenberg desenvolveu o Questionário de Desconforto Moral, aplicado em profissionais de enfermagem. A partir daí começaram a surgir revisões da primeira escala (MDS), desenvolvida por Corley, aplicadas a diferentes contextos profissionais.²¹ A escala original de Corley era extensa, envolvendo 38 itens e as subsequentes foram mais resumidas.²² Todas estas escalas possuem um foco na atuação de profissionais de saúde e o quanto dilemas éticos podem lhes causar desconforto e/ou estresse e estar correlacionados com *burnout*. Envolve itens tais como: a) Fornecer cuidados abaixo do ideal; b) Dar falsas esperanças ao paciente ou aos seus familiares; c) Realizar ou seguir procedimentos que considera desnecessários, fúteis ou até prejudiciais; d) Evitar tomar medidas contra um colega que cometeu um erro e não o relatou; e) Cuidar de pacientes para os quais não me sinto qualificado; f) Trabalhar com prestadores de cuidados que não considero competentes; g) Trabalhar com níveis de prestadores de cuidados que considera inseguros. Daí surgem algumas questões: a) Estariam apenas os profissionais de saúde expostos a danos devido ao desconforto moral? b) Apenas questões profissionais causariam estes danos ou podemos estender este conceito a todos os aspectos da vida do indivíduo? c) Devemos desenvolver um instrumento mais amplo para mensuração do desconforto moral? d) E, caso comprove-se a correlação entre isto e o desenvolvimento de complicações de saúde, devemos desenvolver alguma forma de intervenção ‘moral’? Outro meio de se diagnosticar

e mensurar enfermidade moral seria através da avaliação de sentimentos e virtudes, tais como: felicidade, predisposição ao perdão, gratidão, resiliência, altruísmo, propósito de vida, florescimento e otimismo, dentre outros. Uma das primeiras escalas desenvolvidas foi o Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota (MMPI), desenvolvido na década de 70, que avalia dentre outros aspectos, o otimismo. Já tendo passado por algumas revisões, o MMPI demonstrou ao longo de quatro décadas associação entre otimismo-pessimismo com morbidade e mortalidade menores ou maiores, respectivamente.²³ Outro aspecto importante a ser avaliado é a predisposição ao perdão, que conta com escalas já validadas em português, como a Escala de Predisposição ao Perdão²⁴ e a Escala de Atitudes para o Perdão (EFI, do original em inglês *Enright Forgiveness Inventory*).²⁵ Também já foram desenvolvidas escalas de altruísmo²⁶ e de felicidade,²⁷ mas sem grandes desdobramentos em outros estudos. Diante de tantas possibilidades, surgem questões. Como abordar a questão moral na prática clínica? Haveria um aspecto melhor que outro? Apesar de todas estas escalas serem de autoperenchimento e respostas objetivas, em escalas numéricas ou respostas diretas, tipo sim ou não, não parece factível aplicar todas elas na avaliação de um paciente. Em termos de pesquisa, é racional e lógico abordar cada aspecto em separado, mas na prática clínica não parece razoável, já que virtudes, valores e sentimentos estão muito ligados entre si. Talvez deva-se desenvolver uma escala única de bem-estar moral ou solidariedade atitudinal, que envolva todos estes aspectos ou abordar estas questões de modo subjetivo ao longo da anamnese, sem uma escala pré-definida.

RACIONALIDADE PARA AVALIAÇÃO DE ENFERMIDADE MORAL COMO PARADIGMA DE ADOECIMENTO CARDIOVASCULAR

As discussões em torno das relações envolvendo profissionais de saúde e pacientes vêm se intensificando e chamam a atenção para a falta de algumas práticas médicas. Deve-se ater à possibilidade de reabilitação e de potencial cura dos pacientes, de forma a contribuir para emancipação dos pacientes de seus estados de fragilidade e de vulnerabilidade física e espiritual, fazendo com que os mesmos participem ativamente da gestão dos processos de prevenção e de cura.²⁸ Man Weber, sociólogo alemão, diz que os processos de racionalização podem ser caracterizados como a marca singular da vida associativa. Definição, esta, que não estava direcionada à racionalidade no sentido amplo e complexo da palavra, mas a uma forma específica desta racionalidade, a instrumental.²⁹ A “racionalidade médica”, termo posteriormente empregado, é um conceito ao estilo do ideal weberiano. Estabelece que toda racionalidade médica supõe um sistema complexo, simbólico e estruturado em seis dimensões fundamentais: uma cosmologia, uma doutrina médica, uma morfologia, uma fisiologia ou dinâmica vital humana, um sistema de diagnósticos e um sistema de intervenções terapêuticas. Pode-se considerar um sistema médico complexo, a partir da existência das seis dimensões.³⁰ Percebe-se que a

racionalidade que regula as práticas médicas centra-se no contexto de que a doença precisa ser definida em termo objetivos e que a reabilitação e potencial cura dos pacientes deverá ser realizada por interposto de práticas científicas, como por exemplo medicamentos e/ou cirurgias.^{31,32} Este fato faz com que os pacientes sejam reduzidos a dimensão biológica de sua existência, definidos pelo binômio saúde-doença, tornando visível a insatisfação de alguns pacientes ao serem tratados não como seres que pensam, sentem, vivenciam e refletem sobre suas doenças, mas como simples objetos de intervenção dos médicos. Fazendo com que os pacientes insatisfeitos busquem sua participação efetiva no tratamento, não aceitando o tratamento do corpo separado da mente.³² Com isso o termo integralidade, princípio normativo do Sistema Único de Saúde (SUS), vem se fazendo, devido à necessidade imposta pela sociedade. Busca-se uma atenção à saúde de boa qualidade, com múltiplas dimensões, alcançando várias complexidades dos problemas de saúde pública e das pessoas.³³ De forma que os profissionais possam ter uma abordagem integral, ampla e pluridimensional da saúde individual e coletiva. Com isso, poderia ser incluso os sistemas médicos complexos.³⁴ O estudo CARDIA, *Coronary Artery Risk Development in Young Adults*, investigou o papel de fatores psicossociais, como o padrão de comportamento do tipo A, sintomas depressivos (depressão) e ansiedade, na etiologia da hipertensão, em adultos entre 18 e 30 anos. Este estudo de coorte prospectivo sugere que altos níveis de hostilidade podem contribuir para a doença cardiovascular aterosclerótica subclínica precoce. Tal como, demonstrou que terapia direcionada à redução da hostilidade, reduziu o risco de um novo infarto não letal em mais de 50%.³⁵ Sugeriram, também, que programas formais de reabilitação cardíaca e treinamento físico podem reduzir a hostilidade e melhorar a qualidade de vida após grandes eventos coronarianos e uma terapia direcionada à sua redução também pode ter valor na prevenção do desenvolvimento de aterosclerose subclínica.³⁵ Outro aspecto estudado da medicina integralizada é a Espiritualidade. Um estudo de Turke et al. demonstrou uma associação entre maiores níveis de espiritualidade com menores índices de depressão e ansiedade em pacientes oncológicos.³⁶ Em relação à doença cardiovascular, evidências mostram que indivíduos com maiores níveis de espiritualidade apresentam menos fatores de risco para essa doença, como por exemplo menos chances de fumar, maiores índices de atividade física, menos pressão e colesterol alto e menos diabetes *mellitus*. Ademais, a espiritualidade se correlaciona a menores níveis de citocinas e marcadores inflamatórios que contribuem para o surgimento de doenças cardiovasculares.^{37,38} Isso também se refletiu em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas. Os pacientes com maior espiritualidade e/ou religiosidade apresentaram menos complicações no pós-operatório, bem como menos estresse, depressão e ansiedade. Nos pacientes com doença coronariana, maiores níveis de espiritualidade se correlacionaram com menor progressão da doença ao longo dos anos.³⁹ Dessa forma, esse é um fator que deve ser abordado em medicina cardiovascular, de forma integrativa focada no paciente, visando promover melhor relação médico-paciente e conseqüente maior adesão ao tratamento e melhor prognóstico a longo prazo.⁴⁰

MECANISMOS DE ADOECIMENTO CARDIOVASCULAR DE ACORDO COM O PARADIGMA ENFERMIDADE MORAL

Os pensamentos se tornam palavras, as palavras tornam-se ações; ações tornam-se hábitos; hábitos tornam-se a sua personalidade; nos tornamos aquilo que nós pensamos (Margaret Thatcher).

O coração e os vasos periféricos compõem um sistema cuja função é a distribuição de sangue para os tecidos para atender as demandas metabólicas. Sofre influências neurais (sistemas simpático e parassimpático) bem como neuro-endócrinas (eixo hipotálamo-hipofisário) que atuam para ajustes circulatórios quando necessários. Informações da literatura indicam que tais influências quando intensas e persistentes, podem causar danos ao coração e vasos estando assim associados, não apenas com o desencadeamento de moléstias como, também, o agravamento de outras em evolução.⁴¹ As doenças cardiovasculares são, na atualidade, as principais causas de morte na população mundial. Além de fatores de risco conhecidos como hipertensão, diabetes, dislipidemias e outros, fatores psicossociais desempenham papel importante no seu desencadeamento.⁴² Dentre esses aspectos, as características da personalidade individual podem exercer influência adversa deteriorando a evolução dos pacientes acometidos. Nesse sentido não há dúvidas de que considerando-se os desvios da personalidade como sinônimo de enfermidade moral, indivíduos com temperamentos hostis, raivosos ou agressivos, aqueles desesperançados, em estados depressivos nas suas mais diversas formas de apresentação podem afetar negativamente e modular o prognóstico. A identificação dessa condição implicaria não apenas no fato de se tratar fatores de risco mais comuns nas doenças cardíacas, mas, também a intervenção de um tratamento baseado em espiritualidade, coadjuvante, nessa população. Seria uma forma distinta de se abordar uma condição clínica com repercussões futuras sombrias.

Efeitos adversos dos distúrbios de personalidade sobre o sistema cardiovascular

É conhecido o fato de que indivíduos estressados, competitivos, outros com personalidade mais agressiva, hostis, além daqueles com sentimento de "raiva" são mais propensos a cardiopatias e alguns distúrbios do ritmo cardíaco e suas complicações. Aqueles que convivem com esses sentimentos e se comportam de maneira antagônica provavelmente têm vidas mais estressantes e efeitos negativos concomitantes. Esses estressores da vida estão ligados à hiperativação dos eixos simpático-adrenal e hipotalâmico-hipófise-adrenocortical, que podem promover acelerar uma doença cardíaca por várias vias. Os efeitos negativos desses sentimentos são causados seja pelo incremento da atividade simpática ou pela redução da atividade vagal. Nessa condição o coração é submetido à ação adrenérgica intensa, particularmente por influência do giro cingulado do córtex cerebral⁴³ provocando aumentos intermitentes da frequência cardíaca e da pressão arterial, sobrecarregando sobremaneira o sistema cardiovascular. Alterações dos períodos refratários ventriculares e atriais bem como o aumento à vulnerabilidade ao surgimento de arritmias por hiperautomatismo cardíaco são

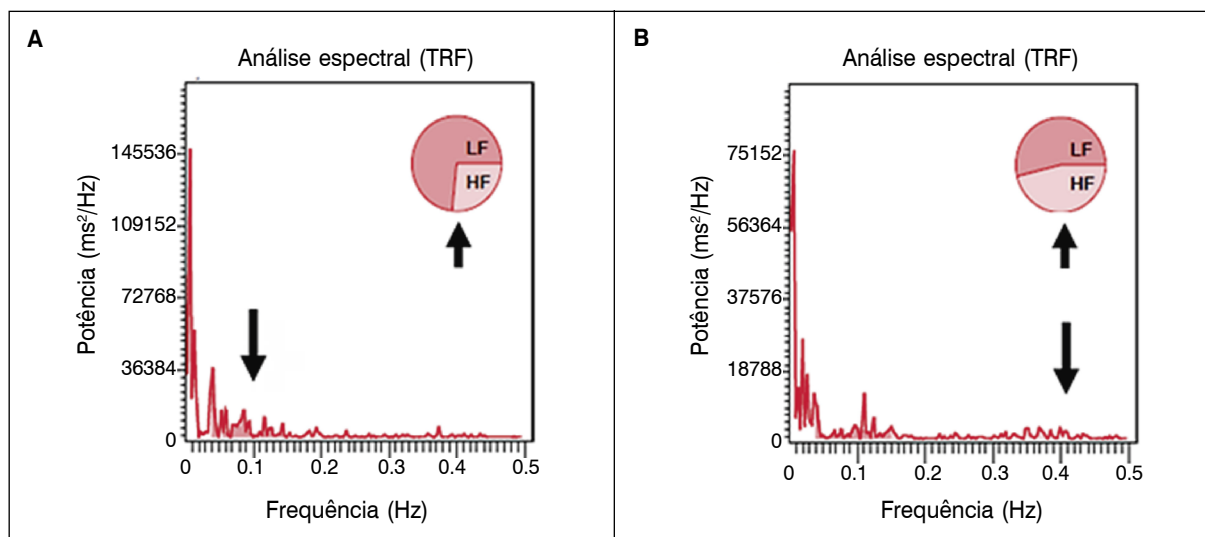


Figura 1. Análise espectral da frequência cardíaca pela transformada rápida de Fourier (TFR) obtida pelo registro do eletrocardiograma por cinco minutos. Na abcissa a frequência do sinal e na ordenada a sua potência. Paciente de 32 anos com temperamento hostil no ambiente de trabalho. Em A, observe no círculo o predomínio da potência LF (*low frequency*), correspondente no gráfico às frequências ao redor de 0,1 Hz (seta maior). Essa variável é indicativa de hiperatividade simpática. Em B, cerca de 10 minutos após a prática de exercícios respiratórios, com prolongamento da fase expiratória, note o aumento da potência de HF (*high frequency*) indicativa de aumento da atividade vagal (observe discreta elevação da atividade elétrica ao redor de 0,4 Hz; seta maior) e redução da atividade simpática. Essa técnica é importante não apenas para o diagnóstico do predomínio simpático, típico dessa alteração da personalidade, mas, também que esse predomínio adrenérgico pode ser modulado por técnicas específicas de tratamento.

condições que predisõem esses indivíduos a taquiarritmias atriais ou ventriculares com repercussão clínica variável. O diagnóstico da influência adrenérgica sobre o coração pode ser confirmado pelo registro da variabilidade da frequência cardíaca. (Figura 1) O registro do eletrocardiograma de 5, 10 ou 15 minutos, bem como informações advindas do Holter de 24 horas, permitem, seja pela técnica baseada em dados estatísticos (análise no domínio do tempo) seja por meio da análise espectral dos intervalos RR do eletrocardiograma, estabelecer que tipo de influência o paciente está sujeito. A maioria dos estudos clínicos que avaliou indivíduos com comportamento hostil, agressividade e até mesmo com atividades criminosas utilizou esta técnica de investigação e comprovou o efeito simpático como predominante nessa população.⁴⁴⁻⁴⁶ Um aspecto que deve ser ressaltado é que a mesma técnica que investiga e confirma o predomínio autonômico pode ser empregada para avaliar o efeito de estratégias de tratamento. A reversão do predomínio da atividade simpática ou até mesmo a redução do seu efeito, ou elevação da atividade vagal pode ser útil como critério de melhora clínica. A liberação de cortisol a partir das suprarrenais torna-se um efeito adicional que modifica o metabolismo proteico, de açúcares e lípidos instabilizando a atividade metabólica global. Pacientes com taxa de cortisol elevada são mais propensos à queda da imunidade, aumento sua vulnerabilidade para infecções e diabetes *mellitus*. Além disso, o cortisol elevado acelera a lesão das células endoteliais vasculares e promove aterosclerose.⁴⁷ A atividade inflamatória sistêmica facilitada pela hiperatividade adrenérgica, com aumento da produção de citocinas inflamatórias (proteína C reativa, TNF alfa, interleucina 6, etc) agride o miócito, situação que agrava a condição clínica do paciente, cuja intensidade é proporcional ao grau de estimulação a que os pacientes são submetidos. A atividade inflamatória exacerbada ativa a

cascata da coagulação, intensifica a agregação plaquetária, facilita a ruptura de placas de ateroma e leva a formação de trombos intravasculares.⁴⁸

PERFIL DE PERSONALIDADE E RISCO DE DOENÇA CARDIOVASCULAR

Raiva e hostilidade

Indivíduos que nutrem o sentimento de raiva têm maior risco de formação de placas de ateroma em relação àqueles sem esse perfil. Num estudo clínico que envolveu 75 pacientes, 64 deles apresentavam algum grau de acometimento coronariano observado pela tomografia de coronárias. A personalidade associada à raiva tinha 38% mais chance de ter placa coronariana em relação aos indivíduos com outras alterações de personalidade, como aqueles indivíduos com perfil de hostilidade.⁴⁹ A associação de raiva e hostilidade com doença arterial coronária foi confirmada por uma metanálise. Foi observado aumento de 25% no risco de coronariopatia em 20 estudos que incluíram indivíduos de uma comunidade e de 25% em 19 estudos que incluíram pacientes com doença coronária conhecida.^{50,51} Do ponto de vista arritmogênico, raiva e hostilidade associam-se ao maior risco de fibrilação atrial.⁵¹ Um aspecto interessante desse estudo, a fibrilação atrial ocorreu particularmente em homens em idade precoce com menor prevalência de fatores de risco cardiovascular. Esse achado indica que fatores associados à personalidade podem deflagrar fibrilação atrial precocemente nos mais jovens. A raiva é uma condição que se associa com aumento do risco de taquicardia ventricular e choque pelo cardio-desfibrilador automático.⁵² O risco de morte súbita pode ser causado tanto por quadros isquêmicos agudos como por taquiarritmias potencialmente malignas. A raiva e hostilidade causam excessiva liberação de catecolaminas

seguidas de aumento da reatividade cardiovascular, com taquicardia sinusal e aumento significativo do consumo de oxigênio, além de hipertensão arterial, redução da perfusão coronária e instabilidade elétrica cardíaca.⁵³ Tais efeitos podem ser agudos, ocorrendo no momento no qual o estresse se instala. Uma evidência direta do efeito agudo do sentimento de raiva sobre o coração é a confirmação de quadros de isquemia silenciosa detectada ao Holter de 24 horas em coronariopatas. A “raiva” é um dos principais deflagradores de alterações da repolarização ventricular em pacientes com algum grau de coronariopatia.⁵⁰ Por fim parece claro que a reatividade cardiovascular ao estresse psicológico, se prolongada ou exagerada, pode desencadear a doença cardiovascular, como acontece nos casos de doença arterial coronária.

Agressividade e delinquência

Essas duas condições são uma realidade nos dias de hoje e são um tipo de comportamento antissocial que inclui a violência como marca principal. Ao contrário das alterações de personalidade relatadas anteriormente, ambas as condições estão associadas à redução da resposta ao estresse psicológico. Estudos clínicos demonstram que indivíduos agressivos com perfil delinquente e assassino apresentam baixa resposta a testes psicológicos estressantes.⁵⁴ Esse achado explica porque indivíduos com esse perfil criminoso aos 24 anos, geralmente apresentavam frequência cardíaca mais lenta na infância e adolescência. Por outro lado, a pouca resposta a estímulos estressantes pode ser a explicação pela menor importância que o indivíduo dá ao seu ato criminoso bem como o desprezo às vítimas (pouco valor à vida humana). São indivíduos com ausência completa de remorso ou culpa pelo crime praticado. Esses achados relacionados à frequência cardíaca em repouso e também total ausência de ansiedade a atos praticados foram também documentados em um estudo que avaliou a resposta a estímulos estressantes em assassinos psicopatas em relação aos não psicopatas e a não criminosos.⁵⁵ Um aspecto importante a ser destacado, a associação entre baixa frequência cardíaca em repouso e atos criminosos não foram explicadas por fatores físicos, cardiovasculares, psiquiátricos, cognitivos ou socioeconômicos. Portanto provavelmente não se trata de uma disfunção da atividade elétrica cardíaca mas uma constatação da associação entre uma frequência cardíaca mais lenta que o usual frente a um estímulo psicológico.

SENTIMENTOS, PENSAMENTOS, VALORES E ATITUDES E SUA ASSOCIAÇÃO COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES

O ser humano é um ser consciente. Descartes bem definiu: “penso, logo existo”. A faculdade de pensar certamente define a existência humana, mas de um modo incompleto, já que além de ser consciente, também é senciente. Senciência é a capacidade de sentir, porém sentir pode ter dois significados: o de sensação e o de sentimentos. Ao avaliar a evolução ontológica das espécies, notamos que primeiro vieram as sensações, mesmo no reino vegetal, como reações à luz, ao toque, com consequentes reações, ainda inconscientes. Em espécies animais, somaram-se outras sensações

física: dor, prazer, frio, calor, pressão, olfato, paladar, visão. As sensações físicas provocam em espécies animais reações emocionais, que apesar de serem conscientes são, de certo modo, independentes da vontade. As emoções básicas são: alegria, tristeza, medo, raiva, interesse e asco. As emoções acompanham-se de reações orgânicas e sua grande função é a conservação da vida e sua integridade. Vários sistemas orgânicos participam da reação orgânica às emoções: cardiovascular, neurológico, endócrino, imunológico e outros. As reações cardiovasculares são bem perceptíveis: taquicardia, elevação da pressão arterial, do débito cardíaco, etc. Alguém pode sentir dor, que provoca medo e, conseqüentemente, reações orgânicas. Emoções também podem gerar reações instintivas, como por exemplo, luta e fuga. Podemos então pensar que as emoções podem ter um impacto na saúde cardiovascular. Emoções provocam reações transitórias. Reações mais duradouras dependem de processos mentais mais elaborados, que geram sentimentos. Sentimentos envolvem raciocínio e reflexão.⁵⁶⁻⁵⁸ A maioria das pessoas não tem distinção clara entre os conceitos de emoções e sentimentos. Alegria é uma emoção, felicidade é um sentimento. Podemos até mesmo dizer, com base nisto, que uma pessoa pode estar triste, mas ser feliz, porque a tristeza é transitória e a felicidade é mais duradoura. Outros exemplos de sentimentos são: amor, ansiedade, culpa, ciúme, confiança, decepção, desejo, depressão, felicidade, frustração, mágoa, ódio, orgulho, simpatia e vergonha. O conjunto de valores de um indivíduo é reflexo de todas as suas experiências e construído ao longo do tempo. Estes influenciam o modo como ele sente, no sentido elevado do termo, de sentimentos, pois participam dos processos mentais elaborados de julgamento que os envolvem. Valores podem ser positivos e negativos e influenciarão como o indivíduo irá lidar com seus sentimentos e agir, portanto, em sua atitude perante a vida que inclui relacionamento consigo e com os outros. Pode-se dizer que atitudes boas envolvem virtudes ou valores, que seriam qualidades positivas aplicadas à vida social de relacionamento. Exemplos de virtudes são: benevolência, misericórdia, humildade, temperança, piedade, sabedoria, resiliência e gratidão. Para diferenciar entre atitudes e virtudes, citaremos alguns exemplos. Perdoar é uma atitude, misericórdia é uma virtude. Agradecer é uma atitude, gratidão é uma virtude. Doar é uma atitude, benevolência é uma virtude. Há um outro significado para atitude que não seria meramente o ato, o agir, mas uma postura diante das circunstâncias da vida. Aqui será considerado atitude no primeiro sentido, a fim de promover uma distinção clara entre atitudes e virtudes e levantar a seguinte questão: o que possui mais relevância para a saúde integral do ser é a atitude ou a virtude? Em estudos envolvendo predisposição ao perdão, o que teve relevância não foi a atitude em si, porque não foi necessariamente realizada, mas a predisposição, que diríamos, seria a virtude incipiente. Se a virtude incipiente pode ter impacto sobre a saúde, quanto mais a virtude bem desenvolvida? O estudo *InterHeart*, planejado para avaliar os fatores de risco associados com IAM em diferentes regiões do mundo, envolvendo 52 países, demonstrou que fatores psicossociais possuem razão de risco importante para desenvolver IAM. Os fatores psicossociais avaliados envolveram estresse, depressão, padrão controlador e eventos de vida, porém

podemos inferir que a questão dos sentimentos, virtudes e, em última instância, da moralidade, estejam relacionadas a estes fatores.⁴ Num estudo avaliando otimismo, homens mais velhos com resultados de uma visão mais otimista no inventário de Minnesota tiveram redução do risco cardiovascular.⁵⁹ Os mecanismos pelos quais otimismo pode reduzir o risco não são claros, mas uma possibilidade é a redução do nível de estresse. A predisposição ao perdão mostrou correlação inversa com o risco de desenvolver infarto do miocárdio.⁶⁰ Há poucos estudos sobre o tema confirmando a correlação e os mecanismos responsáveis pelo efeito 'protetor' ainda não estão bem esclarecidos, porém um estudo demonstrou piora do fluxo coronariano em pacientes com afetividade negativa.⁶¹ Outro estudo mostrou que pacientes com predisposição à raiva tem piora no perfil hemodinâmico e autonômico, enquanto pacientes com predisposição ao perdão possuem o efeito inverso.⁶² Uma possível explicação para estes fatores interferirem no sistema cardiovascular, a ponto de alterar o fluxo coronariano seria através da modulação autonômica, que já foi demonstrada em alguns estudos envolvendo religiosidade e espiritualidade (R/E). Pacientes com melhor pontuação em escores de R/E tiveram melhor modulação autonômica, por exemplo, com aumento da variabilidade da frequência cardíaca.⁶³

ESTUDOS RANDOMIZADOS DE INTERVENÇÃO BASEADA EM ESPIRITUALIDADE PARA ATENUAÇÃO DE ENFERMIDADE MORAL

O padrão-ouro para avaliação de intervenções terapêuticas, sejam elas medicamentosas, percutâneas, cirúrgicas ou comportamentais, é o estudo clínico randomizado (ECR). Trata-se de estratégia válida que proporciona grupos comparáveis e equalizados em suas características demográficas para podermos confiavelmente definir o benefício de determinada intervenção (eficácia e segurança). Fundamental, em medicina cardiovascular, que os estudos clínicos randomizados tenham poder estatístico suficiente, respondam questão científica relevante e avaliem desfechos clinicamente relevantes (óbito, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral). Estudos preliminares, com menor tamanho de amostra, avaliam benefícios sobre desfechos intermediários ou substitutos. Nestes casos, não temos confirmação do benefício, mas sugestão de benefício devendo a informação ser considerada promissora e não comprovada. Dentro do *continuum* da ciência e pesquisa em medicina cardiovascular, há a necessidade da plausibilidade de determinada intervenção antes da comprovação por meio de ECR definitivos. Para geração do corpo de conhecimentos plausíveis, estudos mecanísticos, observacionais e ECR menores são realizados. Desta maneira ocorre a sugestão de benefício e justificativa para prosseguir em estudos mais robustos e sólidos. O novo paradigma para compreensão do adoecimento cardiovascular inclui a avaliação de ECR que avaliaram intervenções baseadas em espiritualidade para demonstração de benefícios preliminares mecanísticos ou sobre desfechos substitutos. A partir destas informações, há necessidade de realização de ECR com poder estatístico suficiente avaliando desfechos clinicamente relevantes, para que haja incorporação na prática clínica.

Descreveremos a seguir ECR em determinados valores morais para entendermos que podemos ampliar nossas pesquisas nesta área para colaborarmos com o crescimento da ciência em terrenos pouco percorridos, por desconhecimento, vieses, preconceitos ou mesmo falta de espírito legítima e genuinamente científico.

Em adultos em programa de psicoterapia, baseado em universidade, randomizados em três grupos (psicoterapia, psicoterapia + diário, psicoterapia + diário de gratidão), após 12 semanas de intervenção, os seguintes resultados foram observados: participantes no grupo de intervenção baseada em gratidão relataram melhora significativa em parâmetros de saúde mental.⁶⁴ Intervenção randomizada baseada em gratidão (IRBG), por meio de tecnologia da comunicação, em estudantes universitários, demonstrou efeitos positivos sobre otimismo e conectividade social.⁶⁵ Pacientes em Estágio B de insuficiência cardíaca, submetidos à IRBG, demonstrou melhora estatisticamente significativa em biomarcadores inflamatórios associados à morbidade relacionada à insuficiência cardíaca e aumento da atividade parassimpática.⁶⁶ Estudo comparando terapia cognitiva integrada à religiosidade com terapia cognitiva convencional com foco em gratidão, em pacientes com depressão e doenças crônicas mostrou que ambas as terapias associaram-se com aumento de gratidão no prazo médio.⁶⁷ Complementarmente, estudo avaliando IRBG e atos de gentileza, em estudantes universitários, apesar de mostrar associação com emoções positivas, não foi demonstrado redução em emoções negativas.⁶⁸ Intervenção baseada em gratidão suportam a redução de morte relacionada ao receio da recorrência do câncer em pacientes portadoras de câncer de mama.⁶⁹ Em pacientes com ideação suicida, IRBG mostrou redução em depressão e ansiedade, com aumento em otimismo e consequente redução em ideação suicida.⁷⁰ Em profissionais de saúde saudáveis, IRBG foi demonstrada ser abordagem efetiva para reduzir estresse e sintomas depressivos.⁷¹ Revisão sistemática incluindo 29 estudos randomizados, apropriadamente selecionadas em termos de qualidade metodológica, avaliou otimismo e esperança e impacto em saúde. Houve associação entre os construtos de otimismo e esperança e redução no adoecimento associado às doenças crônicas. Na doença cardiovascular os níveis mais altos de otimismo associaram-se com maior saúde física, entretanto, este achado não foi observado em pacientes portadores de câncer. Pacientes com maior esperança apresentaram maior qualidade de vida e satisfação com a vida, havendo associação com melhor saúde física nos pacientes com doença cardiovascular.⁷² Intervenção promovendo suporte e integração social em idosos com diagnóstico de solidão e isolamento social mostrou melhora significativa na saúde subjetiva, redução de custos relacionados à saúde, menor utilização de serviços de saúde e redução nas taxas de mortalidade.⁷³ Mecanicamente, isolamento e desconectividade social, estão associadas a maior atividade inflamatória fornecendo elo de entendimento entre inflamação, isolamento social e eventos cardiovasculares incluindo mortalidade.⁷⁴ Intervenções baseadas em perdão (IRBP) constituem ferramentas para auxiliar pacientes ou indivíduos a lidar com ofensas anteriores e permitir alcançar resolução na forma de perdão. Revisão sistemática de 54 estudos publicados e não publicados demonstrou de IRBP

associaram-se a maior disposição ao perdão, melhora em depressão, ansiedade e esperança em comparação com o tratamento alternativo. Alguns moderadores da eficácia do tratamento por meio da IRBP foram identificados: duração da intervenção, gravidade da ofensa, modalidade da intervenção (individual ou em grupo).⁷⁵ Auto perdão foi avaliado em pacientes portadores de câncer por meio de estratégia randomizada estimulando auto aceitação, auto melhoria e compromisso com o propósito de auto perdoar-se utilizando meditação, prece, reflexão e escrita expressiva em diário. Este estudo sugere que auto perdão pode ser mediado por auto aceitação, auto melhoria e otimismo.⁷⁶ Alguns indivíduos experimentam raiva muito tempo após o divórcio ter sido finalizado, sendo que a raiva e amargura podem persistir em torno de 30% em homens e de 40% em mulheres, 10 anos após o divórcio. Conseqüentemente, pode haver hostilidade e conflitos devido a esta permanência de emoções negativas. Estudo randomizado avaliando estratégias baseadas em perdão (intervenção secular, intervenção religiosa e controle). Ambas IRBP aumentaram significativamente perdão auto relatado e compreensão do perdão. Complementarmente, IRBP secular demonstrou redução em sintomas depressivos em comparação com controle e religiosidade intrínseca não esteve associado como moderador dos efeitos da intervenção.⁷⁷ Estudantes universitários com história de ofensa interpessoal não resolvida participaram em estudo randomizado com IRBP *versus* controle, sendo que aqueles randomizados para IRBP mostraram maior tendência para perdoar, disposição para perdoar, esperança e crescimento espiritual.⁷⁸ Indivíduos adultos que passaram por experiência de transgressão interpessoal com ofensa grave foram submetidos a um programa de treinamento para perdoar *versus* controle. A IRBP reduziu pensamentos negativos e sentimentos sobre a transgressão duas a três vezes mais efetivamente do que o grupo controle.⁷⁹ Estudantes universitários, vítimas de ofensas interpessoais quando submetidas à IRBP demonstram aumentam nas chances de perdão, podendo ser considerada como adjuvante à psicoterapia tradicional para aquisição de saúde mental.⁸⁰ A avaliação de auto perdão em situações de ofensas interpessoais demonstrou que IRBP promovem aumento nas taxas de auto perdão e redução nas taxas de autocondenação, sendo que os efeitos de tratamento foram mais pronunciados quando foram menores níveis de disposição ao auto perdão, maiores níveis de gravidade da transgressão e maior duração da IRBP.⁸¹ Estudantes universitários com histórico de ofensa no passado e dificuldade para superar o incidente foram randomizados para três grupos: IRBP, intervenção para reduzir raiva de eventos passados e controle. O grupo IRBP houve redução de hostilidade e de sintomas psicológicos e desenvolvimento de empatia para com o ofensor em relação à intervenção para reduzir raiva e grupo controle.⁸²

PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DE ENFERMIDADE MORAL

Desde os primórdios da medicina busca-se melhorar todos os dias e a cada paciente para que se adquira excelência na prática médica em todas as áreas da saúde. A cardiologia talvez seja área médica que mais produz conhecimento, permitindo acúmulo de dados sobre várias

enfermidades. Apesar do volume e pleora de informações disponíveis sobre doença cardiovascular, ainda há necessidades não atendidas para modificar favoravelmente os desfechos clinicamente relevantes destas enfermidades. Faz-se necessário que busquemos um novo ingrediente ou uma nova perspectiva sobre algum ingrediente que possa ter passado despercebido em investigação prévia. A perspectiva sugerida com a inclusão da Espiritualidade no contexto da avaliação médica e também como instrumento terapêutico, tem-se apresentado promissora. Tanto religiosidade quanto Espiritualidade aparecem como preditores significativos de mortalidade e curiosamente sobre enfermidades que, aparentemente, não estão claramente interconectadas, quais sejam, câncer e doença cardiovascular.⁸³ É interessante entender como funcionam as revoluções científicas, porque acontecem e como se estrutura um paradigma. As revoluções científicas ocorrem porque o observador vê o mesmo fato sob uma luz diferente e que as mudanças ocorrem por uma aceitação de influências subjetivas que não estavam sendo consideradas.⁸⁴ Hipócrates nos traz a necessidade da revisão de certos conceitos, como por exemplo: “O (caráter) selvagem, indócil e indomável existe numa natureza como essa. Pois os golpes frequentes no espírito implantam a selvageria e destroem a docilidade e a amenidade;”⁸⁵ e ainda: as tuas forças naturais as que estão dentro de ti é que sanarão as tuas enfermidades.⁸⁶ Se juntarmos essas frases percebemos que já na antiguidade considerava-se que: docilidade e amenidade faziam parte natural do ser humano e que a perturbação desta parte intrínseca do ser, levava a selvageria.

O termo selvageria hoje poderia ser atualizado para hostilidade que tem estado presente em vários artigos como por exemplo o *Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study*⁸⁷ (CARDIA), projeto iniciado em 1983 que demonstrou a intrínseca relação da hostilidade em jovens entre 18 até 35 anos como fator predisponente de hipertensão arterial sistêmica e doença arterial coronariana por calcificação coronária.⁸⁸ A hostilidade que também afeta os receptores alfa e beta-adrenérgicos conforme demonstrado anteriormente^{89,90} e toda cascata de eventos decorrentes levando não apenas às enfermidades cardiovasculares, mas associando-se com complicações em outros setores do organismo. Também temos evidências de predisposições íntimas de enfrentamento possibilitando uma melhor modulação fisiológica e biológica como demonstraram as pesquisas envolvendo otimismo.^{91,92} Cientes destas situações onde as questões comportamentais secundárias aos pensamentos e sentimentos do paciente repercutem no organismo biológico, necessitamos refletir onde ocorreu o primeiro evento. Fica evidente que a origem da ativação dos receptores adrenérgicos não é no corpo, mas na dimensão dos pensamentos e sentimentos do paciente. Assim uma “nova” perspectiva que propõe um repensar das ações médicas deve também buscar a origem do problema. Se não for removida a causa, pouco efeito teremos na repercussão e essa pode ser a explicação para conhecermos tanto dos mecanismos orgânicos com pouca resolubilidade sobre os desfechos. Estando a origem na dimensão pensamento e sentimento, o médico deve também atuar sobre esses pensamentos e sentimentos, deve criar condições que o permita acessar a intimidade do paciente o que só conseguimos

proporcionando à consulta médica uma empatia entre os envolvidos. Essa empatia já foi demonstrado ser importante no controle de enfermidades crônicas como o diabetes *mellitus*.⁹³ Como conseguir ou desenvolver serenidade suficiente para o profissional da saúde ter empatia, o que não significa ser condescendente e muito menos “bonzinho” e ser otimista? Ele deverá demonstrar esse otimismo proporcionando um significado ou um propósito para os pacientes; não apenas pacientes, mas indivíduos toleram melhor adversidades quando compreendem o processo do que estão vivendo. Deverá ainda o médico, e outros profissionais da saúde, conhecer seus próprios pensamentos e sentimentos para que esses não interferiam em suas reflexões sobre o modo como o paciente está experimentando a enfermidade. Como disse Thomas Kuhn: “É necessário ver o que o outro está vendo.”⁸¹

COMO DEFINIR INDIVIDUALMENTE AUSÊNCIA DE ENFERMIDADE MORAL (“METAS TERAPÊUTICAS”)

O conceito de enfermidade debatido previamente, faz parte do dia a dia dos médicos. Não faz parte, ainda, do nosso cotidiano o hábito de debater aspectos relacionados à Espiritualidade que abrange uma dimensão bastante ampla e que nesse momento contempla pensamentos, sentimentos, valores e virtudes e, portanto, deve contemplar também aspectos morais de relação intra e interpessoal. Na antiguidade era atributo médico tratar das questões morais tendo em vista a ligação histórica da Medicina com a Religião ou Religiosidade, estando os médicos vinculados a instituições religiosas. Com o maior debate passamos a melhor compreensão da dimensão moral do paciente e mesmo dos indivíduos da nossa sociedade. Aparentemente questões morais são mais atribuídas e quase restritas ao âmbito filosófico e religioso e pouco debatidas como no passado quando estava presente desde o período escolar através da disciplina de Moral e Cívica ou alguma variante desta denominação. As questões relacionadas à Espiritualidade têm estado cada vez mais presentes nas pesquisas médicas e muitas são veiculadas amplamente na mídia leiga. Isso faz com que passemos também a conviver com questionamentos dos pacientes: se eles devem valorizar ou não este quesito que vai além do aspecto comportamental, transcendendo questões religiosas e envolvem uma atitude interna e não uma postura exterior. Atualmente vemos crescer o interesse por práticas terapêuticas divergentes do atual paradigma da medicina baseada em uma terapêutica alopática. Busca-se um novo paradigma baseado em instrumentos de avaliação e mesmo terapêutico como: otimismo,⁹⁴ gratidão⁹⁵, perdão⁹⁶ e auto-perdão,⁹⁷ ruminação da raiva com ou sem controle da raiva⁹⁸ e até mesmo implementação de terapia baseada em sorriso⁹⁹ tem sido utilizada em muitos serviços médicos. Já temos evidências do por que devemos acrescentar a dimensão espiritual,⁸ mas vivemos um grande desafio: a identificação de qual paciente pode ser abordado de modo mais objetivo, seja no consultório ou na internação hospitalar, de como abordá-lo e em que momento. O desafio deve-se à diversidade de personalidades e posturas diante da vida pessoal e de relacionamento. Podemos considerar que a maioria dos indivíduos da nossa sociedade se apresenta

como se vivessem “sem consciência”, no automático, sem preocupar-se com o que comem, com fatores de risco de adoecimento cardiovascular, não fazem *check-ups* e/ou sem noção de responsabilidade pessoal; estes indivíduos terão dificuldade de um engajamento moral no futuro¹⁰⁰ e mesmo poderão apresentar dificuldade em aceitar intervenções nesta área. Existe outro grupo de pessoas com um grau de consciência um pouco maior, ou seja, aquele indivíduo que passa a ter consciência de si mesmo, do seu bem-estar físico, mental, psicossocial e mesmo espiritual; o paciente busca conhecer a si mesmo, tanto os valores bioquímicos do seu sangue quanto valores morais em relação a sua vida. Posteriormente passamos a outro grupo, onde os indivíduos passam a ter consciência de outros; não apenas preocupam-se, mas envolvem-se com os problemas familiares e de amigos e se engajam para solucionar esses problemas. Uma consciência maior, de todos os outros, ocorre quando o indivíduo se envolve em projetos de cunho social, em geral pessoas que já tem situação familiar estabilizada, mas também com pessoas que buscam em desconhecidos os familiares que biologicamente não tem. Há ainda um quinto estágio que abrangeria os indivíduos com consciência “do todo”: envolvem-se em projetos de cunho humanitário, social e também ambiental. Certamente a cardiologia é uma das especialidades médicas que mais permite o conhecimento de aspectos da intimidade do paciente, a enfermidade crônica que demanda acompanhamento médico de longo prazo, faz com que a relação médico-paciente se estreite e muitos pacientes desenvolvem amizade baseada em confiança. Por vezes o médico torna-se além de amigo, confidente, o que acaba gerando um conselheiro, mas o propósito não deve ser de aconselhamento e sim de auxiliar o paciente a clarear os seus pensamentos e sentimentos. Esta proximidade com os pacientes nos permite inseri-los em uma classificação conforme o seu nível de consciência e a partir de então propor a melhor opção terapêutica para que o paciente tenha uma perspectiva maior da própria vida, minimizando assim seus sofrimentos que assumem um caráter de transitoriedade.

DESAFIOS E DIREÇÕES FUTURAS

A evolução da ciência, independente do campo de investigação, inclui a mudança de paradigma, assumindo que o modelo atual seria considerado insuficiente para responder às questões atuais. Em Medicina este processo evolutivo não é diferente e os modelos que trazem esclarecimentos sobre o adoecimento cardiovascular devem ser sempre reavaliados para buscarmos novas evidências que conduzam a conhecimentos mais abrangentes. Dentre os caminhos que a ciência percorre, podemos simplificarmente reduzir em três fases: a) mistura de ciência e religião, onde há dogmas e misticismo contrariando a razão, sendo observada durante a Idade Média; b) as chamadas “verdades” são contestadas por meio de postura crítica, positiva, materialista e objetiva e o método científico passa a dar explicações sem referência à religião, sendo observado durante o renascimento e humanismo; e c) redescoberta dos fatores associados à Espiritualidade, com definição atual, abrangente e verificável pela ciência, onde a razão permite busca de conhecimentos relacionados à Espiritualidade, acontecendo durante as últimas duas décadas.

Questão científica importante com consequências clinicamente relevantes envolve enunciarmos quando começamos a adoecer. E se esta for a pergunta, como deveríamos propor o modelo para verificação desta hipótese? Primeiro teríamos o desajuste mental/emocional/espiritual por meio das escolhas e enfrentamento das situações cotidianas que vivenciamos. Assim sendo, a enfermidade iniciaria da intimidade de nossa consciência e a partir daí conduziria à doença em questão. Portanto, as lesões teciduais ou laboratoriais teriam como fator prévio as disfunções morais que refletem nossa vida interior de relacionamento consigo e com os outros. Neste modelo, nosso adoecimento começaria antes do que hoje diagnosticamos como doença, sendo o adoecimento precedido em horas, meses ou anos a ocorrência da doença diagnóstica pelos métodos atuais.¹⁰¹ O físico Albert Einstein

enunciou a imperiosidade de “a religião ser científica e a ciência ser religiosa”, entretanto, com todo o respeito a esta afirmação, preferimos enunciar que há necessidade da ciência avaliar seria e solidamente a Espiritualidade, independente da religião. Finalmente, estamos fazendo de nosso ambiente moral nosso campo de pesquisa em Medicina Cardiovascular, postulando que autoterapia modificando condutas morais comportamentais permitiriam prevenção e melhoria do adoecimento cardiovascular. A ser continuado...

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Cooper T. Thomas Jefferson em carta a Thomas Cooper no dia 10 de fevereiro de 1814. Princeton: Princeton University Press, 2010. Disponível em: <https://founders.archives.gov/documents/Jefferson/03-07-02-0117>. Acessado em 01/08/2020.
- Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. 5.ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1997.
- Avezum A, Piegas LS, Pereira JC. Risk factors associated with acute myocardial infarction in the São Paulo metropolitan region: a developed region in a developing country. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(3):206-13
- Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364(9438):937-52.
- Lanas F, Avezum A, Bautista L, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American Study. *Circulation.* 2007;115(9):1067-74
- O’Donnell M, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet.* 2016; 388(10046):761-75.
- Puchalski CM, Vtillo R, Hull SK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med.* 2014; 17(6): 642–56.
- Précama DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891.
- Significado de Moral. Disponível em: <https://www.significados.com.br/moral/> - Acessado em: 05/08/2020
- Figueiredo AM, Guilhem D. Ética e Moral. *Interthesis.* 2008;5(1):29-46.
- Taylor RM. Ethical principles and concepts in medicine. in *Handbook of Clinical Neurology.* Elsevier. 2013;118 (3rd series).
- Rocha PR. A estrutura do agir ético no pensamento de Santo Tomás de Aquino in *Filosofia: iniciação ao estudo do pensamento clássico.* Londrina: UEL. 2011; 61-82.
- Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *Am Psychol.* 2000;55(1):5-14.
- VanderWeele TJ. On the promotion of human flourishing. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2017;114(31):8148-56.
- Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos. Suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care.* 1995;4(4): 280–5.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001;33(2): 250–6.
- Glasberg AL, Eriksson S, Dahlqvist V, Lindahl E, Strandberg G, Söderberg A, et al. Development and initial validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nurs Ethics.* 2006;13(6):633-48.
- Hanna DR. Moral distress: the state of the science. *Res Theory Nurs Pract.* 2004;18(1):73-93.
- Sporrong SK, Höglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics.* 2006;13(4):416-27.
- Eizenberg MM, Desivilya HS, Hirschfeld MJ. Moral distress questionnaire for clinical nurses: Instrument development. *J Adv Nurs.* 2009;65(4): 885–92.
- Penny NH, Bires SJ, Bonn EA, Dockery AN, Pettit NL. Moral Distress Scale for Occupational Therapists: Part 1. Instrument Development and Content Validity. *Am J Occup Ther.* 2016;70(4):7004300020.
- Brummett BH, Helms MJ, Dahlstrom WG, Siegler IC. Prediction of all-cause mortality by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Optimism-Pessimism Scale scores: study of a college sample during a 40-year follow-up period. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(12):1541-44.
- Gouveia VV, Freires LA, Gouveia RSV, Souza Filho JF, Souza RVL, Monteiro RP. Escala de Disposição para Perdoar: estrutura, consistência interna e invariância fatorial. *Estud Psicol (Campinas).* 2005; 32(2):151-61.
- Rique Neto J, Camino CPS, Santos WS, Gouveia VV. Análises confirmatórias da Escala de Atitudes para o Perdão: EFI. *Aval Psicol.* 2009;8(2):169-78.
- Lee DY, Lee JY, Kang CH. Development and Validation of an Altruism Scale for Adults. *Psychol Rep.* 2003;92(2),555-61.
- Damásio BF, Zanon C, Roller SH. Validation and Psychometric Properties of the Brazilian Version of the Subjective Happiness Scale. *Univ Psychol.* 2014;13(1):17-24
- Farber NJ, Novack DH, O’Brien MK. Love, Boundaries, and the Patient-Physician Relationship. *Arch Intern Med.* 1997;157(20):2291.
- Weber M, Gerth HH, Dutra W. Ensaio de sociologia. Rio de Janeiro: LTC; 2002.
- Luz MT. Cultura contemporânea e medicina alternativa: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Rev Saúde Coletiva.* Junho de 1997;7(1):13–43.
- Moreira Filho AA. Relação Médico-paciente - Teoria e Prática. V.2. São Paulo: Coopmed. 2005.

32. Caprara A, Franco AL e S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):647-54.
33. Brasil. Secretaria de Atenção À Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4.ª ed. V.4. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.
34. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):195-206.
35. Yan LL, Liu K, Matthews KA, Daviglius ML, Ferguson TF, Kiefe CI. Psychosocial Factors and Risk of Hypertension: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *JAMA*. 2003;290(16):2138.
36. **Turke KC, Canonaco JS, Artioli T, Lima MSS, Batlle AR, Oliveira FCP, et al. Depressão, ansiedade e espiritualidade em pacientes oncológicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66(7)960-5.**
37. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2013;28(1):103-28.
38. Lutgendorf SK, Russell D, Ullrich P, Harris TB, Wallace R. Religious Participation, Interleukin-6, and Mortality in Older Adults. *Health Psychol*. 2004;23(5):465-75.
39. Ai AL, Ladd KL, Peterson C, Cook CA, Shearer M, Koenig HG. Long-term Adjustment After Surviving Open Heart Surgery: The Effect of Using Prayer for Coping Replicated in a Prospective Design. *Gerontologist*. 2010;50(6):798-809.
40. **Sahoo S, Padhy SK, Padhee B, Singla N, Sarkar S. Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too!. *Indian Heart J*. 2018;70 Suppl 3 (Suppl 3):S471-S477.**
41. Everson-Rose SA, Lewis TT. Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:469-500.
42. Critchley HD, Mathias CJ, Josephs O, O'Doherty J, Zanini S, Bonnie-Kate D, et al. Human cingulate cortex and autonomic control: converging neuroimaging and clinical evidence. *Brain*. 2003;126(Pt 10):2139-52.
43. Kemp AH, Quintana DS. The relationship between mental and physical health: insights from the study of heart rate variability. *Int J Psychophysiol*. 2013;89(3):288-96.
44. Chalmers JA, Quintana DS, Abbott MJ-A, Kemp AH. Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: A meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2014;5:80.
45. Sloan RP, Shapiro PA, Bigger Jr JT, Bagiella E, Steinman RC, Gorman JM. Cardiac autonomic control and hostility in healthy subjects. *Am J Cardiol*. 1994;74(3):298-300.
46. Suls J. Anger and the heart: perspectives on cardiac risk, mechanisms and interventions. *Prog Cardiovasc Dis*. 2013;55(6):538-47.
47. Mehra VC, Ramgolam VS, Bender JR. Cytolines and cardiovascular disease. *J Leukoc Biol*. 2005;78(4):805-18.
48. Compare A, Mommersteeg PM, Faletra F, Grossi E, Pasotti E, Mocetti T, et al. Personality traits, cardiac risk factors, and their association with presence and severity of coronary artery plaque in people with no history of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2014;15(5):423-30.
49. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53(11):936-46.
50. Gabbay FH, Krantz DS, Kop WJ, Hedges SM, Klein J, Gottdiener JS, et al. Triggers of myocardial ischemia during daily life in patients with coronary artery disease: physical and mental activities, anger and smoking. *J Am Coll Cardiol*. 1996;27(3):585-92.
51. Eaker ED, Sullivan LM, Kelly-Hayes M, D'Agostino RB Sr, Benjamin EJ. Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham Offspring Study. *Circulation*. 2004;109(10):1267-71.
52. Lampert R, Joska T, Burg MM, Bastford WP, McPherson CA, Jain D. Emotional and physical precipitants of ventricular arrhythmia. *Circulation*. 2002;106(14):1800-5.
53. Verrier RL, Mittleman MA. Life-threatening cardiovascular consequences of anger in patients with coronary heart disease. *Cardiol Clin*. 1996;14(2):289-307.
54. Gullette EC, Blumenthal JA, Babyak M, Jiang W, Waght RA, Frid DJ, et al. Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. *JAMA*. 1997;277(19):1521-26.
55. **Latvala A, Kuja-Halkola R, Almqvist C, Larsson H, Lichtenstein P. A Longitudinal Study of Resting Heart Rate and Violent Criminality in More Than 700 000 Men. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(10):971-78.**
56. Serafim AP, Barros DM, Valim A, Gorenstein C. Cardiac response and anxiety levels in psychopathic murderers. *Braz J Psychiatry*. 2009;31(3):214-18.
57. Baron SG. Emocion y dolor: bases neurofisiológicas, in *Dolor y Cáncer. Hacia una oncología sin dolor*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana. 2003.
58. Damasio AR. En busca de Espinoza. *Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica. 2005
59. Damasio AR. *Emotions and Feelings: A Neurobiological Perspective, in Feelings and Emotions: The Amsterdam Symposium*. Cambridge University Press. 2004
60. Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosom Med*. 2001;63(6):910-6.
61. Avezum SGP. Avaliação da disposição para o perdão em pacientes com infarto agudo no miocárdio. São Paulo: UNISA. 2018.
62. **Sanchez-Gonzalez MA, May RW, Koutnik AP, Fincham FD. Impact of negative affectivity and trait forgiveness on aortic blood pressure and coronary circulation. *Psychophysiology*. 2015;52(2):296-303.**
63. May RW, Sanchez-Gonzalez MA, Hawkins KA, Batchelor WB, Fincham FD. Effect of anger and trait forgiveness on cardiovascular risk in young adult females. *Am J Cardiol*. 2014;114(1):47-52
64. **Tolentino JC, Bedirian R. Cardiac autonomic modulation related to prayer may contribute to the reduced cardiovascular mortality associated with religiosity/spirituality. *Journal of Integrative Cardiology Open Access*. 2019;2(2):2-5**
65. **Wong YJ, Owen J, Gabana NT, Brown JW, McInnis S, Toth P, et al. Does gratitude writing improve the mental health of psychotherapy clients? Evidence from a randomized controlled trial. *Psychother Res*. 2018;28(2):192-202**
66. **Renshaw TL. Expressing gratitude via instant communication technology: A randomized controlled trial targeting college students' mental health. *Mental Health Prevention*. 2017.**
67. Redwine LS, Henry BL, Pung MA, Wilson K, Chinh K, Knight B, et al. Pilot randomized study of a gratitude journaling intervention on heart rate variability and inflammatory biomarkers in patients with stage B heart failure. *Psychosom Med*. 2016;78(6):667-76.
68. **Pearce MJ, Koenig H, Robins C, Daher N. Effects of religious versus conventional cognitive-behavioral therapy on gratitude in major depression and chronic medical illness: a randomized clinical trial. *J Spirituality Mental Health*. 2016;18: 124-144.**
69. Ouweneel E, Pascale MLB, Schaufeli WB. On being grateful and kind: results of two randomized controlled trials on study-related emotions and academic engagement. *J Psychol*. 2014;148(1):37-60.
70. **Otto AK, Szczeny EC, Soriano EC, Laurenceau J-P, Siegel SD. Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychol*. 2016; 35(12):1320-28.**
71. **Ducasse D, Dassa D, Courlet P, Brand-Arpon V, Walter A, Guillaume S, et al. Gratitude diary for the management of suicidal inpatients: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2019;36(5):400-11.**
72. **Cheng S-T, Tsui PK, Lam JHM. Improving mental health in**

- health care practitioners: Randomized controlled trial of a gratitude intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2015; 83(1):177-86.
73. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, Reppold C. Optimism and hope in chronic disease: A systematic review. *Front Psychol*. 2017;7:1-10
 74. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis RS. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64(7):792-800.
 75. Moieni M, Irwin MR, Jevtic I, Breen EC, Cho HJ, Arevalo JMG, et al. Trait sensitivity to social disconnection enhances pro-inflammatory responses to a randomized controlled trial of endotoxin. *Psychoneuroendocrinology*. 2015;62:336-42.
 76. Wade NG, Hoyt WT, Kidwell JEM, Worthington EL. Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(1):154-70.
 77. Toussaint L, Barry M, Bornfriend L, Markman M. Restore: The journey toward self-forgiveness: A randomized trial of patient education on self-forgiveness in cancer patients and caregivers. *J Health Care Chaplain*. 2014;20(2):54-74.
 78. Rye MS, Pargament KL, Pan W, Yingling DW, Shogren KA, et al. Can group interventions facilitate forgiveness of an ex-spouse? A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(5):880-92.
 79. Luskin FM, et al. The efficacy of forgiveness intervention in college age adults: randomized controlled study. *Humboldt J Social Relations*. 2015: 29:2.
 80. Harris AHS. Effects of a group forgiveness intervention on forgiveness, perceived stress, and trait-anger. *Journal of Clinical Psychology*; 2006;62(6):715-33.
 81. Harper Q, Worthington Jr WL, Griffin BJ, Lavelock CR, Hook JN, Vrana SR, et al. Efficacy of a workbook to promote forgiveness: A randomized controlled trial with university students. *J Clin Psychol*. 2014;70(12):1158-69.
 82. Griffin BJ, Worthington EL Jr, Lavelock CR, Greer CL, Lin Y, Davis DE, et al. Efficacy of a self-forgiveness workbook: A randomized controlled trial with interpersonal offenders. *J Counseling Psychology*. 2015;62(2):124-36.
 83. Goldman DB, Wade NG. Comparison of forgiveness and anger-reduction group treatments: A randomized controlled trial. *Psychother Res*. 2012;22(5):604-20.
 84. Shanshan Li, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. *JAMA Intern Med*. 2016;176(6):777-85.
 85. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Editora Perspectiva. 1997.
 86. Cairus HF, Ribeiro Jr., WA. Hipócrates de Cós (460 – 377 a.C). Textos hipocráticos, o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2005.
 87. Hipócrates de Cós (460 – 377 a.C). Só Filosofia. *Virtuous Tecnologia da Informação*. 2008-2020. Consultado em 17/07/2020.
 88. Yan LL, Kiang L, Matthews KA, Daviglius ML, Ferguson TF, Kiefe CI. Psychosocial Factors and Risk of Hypertension The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *JAMA*. 2003; 290(16):2138-48.
 89. Suarez EC, Sherwood A, Hinderliter AL. Hostility and adrenergic receptor responsiveness: evidence of reduced β -receptor responsiveness in high hostile men. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998;44(2): 261-67.
 90. Hill LK, Sherwood A, McNeilly M, Anderson NB, Blumenthal JA, Hinderliter AL. Impact of Racial Discrimination and Hostility on Adrenergic Receptor Responsiveness in African American Adults. *Psychosomatic Medicine*. 2018; 80(2): 208-15.
 91. Tindle HA, Duncan MS, Liu S, Kuller LH, Woods NF, Rapp SR, et al. Optimism, pessimism, cynical hostility, and biomarkers of metabolic function in the Women's Health Initiative. *Journal of Diabetes*. 2017
 92. Kim ES, Hagan KA, Grodstein F, DeMeo DL, De Vivo I, Kubzansky LD. Optimism and Cause-Specific Mortality: A Prospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*. 2017;185(1): 21–9.
 93. Dambha-Miller H, Feldman AL, Kinmonth AL, Griffin SJ. Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality Among Patients With Type 2 Diabetes: A Population-Based Prospective Cohort Study. *Ann Fam Med* 2019;17(4): 311–18.
 94. Kim ES, Hagan KA, Grodstein F, DeMeo DL, De Vivo I, Kubzansky LD. Optimism and Cause-Specific Mortality: A Prospective Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2017;185(1):21-29..
 95. Wong YJ, Owen J, Gabana NT, Brown JW, McInnis S, Toth P, Gilman L. Does gratitude writing improve the mental health of psychotherapy clients? Evidence from a randomized controlled trial. *Psychother Res*. 2018;28(2):192-202. |
 96. Silva RS, Caldeira S, Coelho AN, Apóstolo JLA. Forgiveness facilitation in palliative care: a scoping review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(10):2469-79.
 97. Griffin BJ, Worthington EL, Davis DE, Hook JN, Maguen S. Development of the Self-Forgiveness Dual-Process Scale. *J Couns Psychol*. 2018; 65(6):715-26.
 98. Lievaart M, Huijding J, van der Veen FM, Hovens JE, Franken IHA. The impact of angry rumination on anger-primed cognitive control. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017; 54:135-42.
 99. Louie D, Brook K, Frates EP. The Laughter Prescription: A Tool for Lifestyle Medicine. *Am J Lifestyle Med*. 2016;10(4):262-67.
 100. Akhlaghi F. On Moral Obligations and Our Chances of Fulfilling Them. *Ethic Theory Moral Prac*. 2020;23:625-38.
 101. Oliveira TO, Alves LAS, Freire GT, Oliveira CAK. Homeopatia e Espiritismo. São Paulo: Editora Abril. 2008

DIRETRIZES DE ESPIRITUALIDADE E CARDIOLOGIA: LIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

GUIDELINES ON SPIRITUALITY AND CARDIOLOGY: LESSONS FOR CLINICAL PRACTICE

Ricardo Mourilhe-Rocha^{1,2}
Mauro R. N. Pontes^{3,4}

1. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil

2. Hospital Pró-Cardíaco. Unidade Cardiointensiva. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Hospital São Francisco. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil

4. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre-UFCSPA. Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondente:

Ricardo Mourilhe Rocha
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Av. Boulevard 28 de Setembro, 77, 2º andar, Cardiologia, Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20551-030.
ricardomourilhe@gmail.com

RESUMO

Inúmeras evidências mostram a relação entre espiritualidade, religiosidade e os processos de adoecimento e cura. Entretanto, há muita desinformação e falta de conhecimento científico de como utilizar a aplicar essas evidências em favor do indivíduo/paciente e na construção de uma relação entre profissional de saúde/paciente cada vez mais sólida. Espiritualidade e religiosidade são instrumentos fundamentais para ajudar a compreender o processo de adoecimento e cura, sendo benéficos não só para os pacientes como para todos os profissionais de saúde. Para o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, “Espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias de relacionamento intra e interpessoal”. Pode-se acrescentar ainda o aspecto de ser motivado ou não pela vontade e ser passível de observação e de mensuração. Os conceitos que envolvem a medicina baseada em evidências têm sido aplicados também ao domínio da espiritualidade, mas nem sempre as evidências disponíveis são ideais e definitivas, sendo descritas a seguir de maneira resumida com as principais publicações existentes até o momento. Os principais objetivos deste artigo são demonstrar aos profissionais de saúde a relevância da necessidade da incorporação da espiritualidade na prática clínica e como isso pode modificar sobremaneira o entendimento do profissional/paciente sobre os processos de cura e adoecimento.

Descritores: Espiritualidade; Cardiologia; Guia de Prática Clínica.

ABSTRACT

There is much evidence of the relationship between spirituality, religiosity and the processes of sickness and healing. However, there is a lot of misinformation and a lack of scientific knowledge on how to use and apply this evidence on behalf of the individual/patient and in building an increasingly solid relationship between the health professional and the patient. Spirituality and religiosity are fundamental tools for understanding the processes of sickness and healing, and are beneficial not only for patients, but for all health professionals. For the Study Group on Spirituality and Cardiovascular Medicine (GEMCA) of the Brazilian Society of Cardiology “spirituality is a set of moral, mental and emotional values that guide thoughts, behaviours and attitudes in the circumstances of intra- and interpersonal relationships.” To this can also be added the aspect of being motivated, or not, by the will, and being subject to observation and measurement.” The concepts involving evidence-based medicine have also been applied in the area of spirituality, but the available evidence is not always ideal or definitive. Below, we summarize the main publications that exist to date. The main objectives of this article are to demonstrate to health professionals the importance of incorporating spirituality into clinical practice, and how this can greatly change the understanding of the processes of sickness and cure among professionals and patients.

Keywords: Spirituality; Cardiology; Practice Guidelines.

INTRODUÇÃO

Inúmeras evidências mostram a relação entre espiritualidade, religiosidade e os processos de adoecimento e cura. Entretanto, existem muita desinformação e falta de conhecimento científico de como utilizar a aplicar estas evidências em favor do indivíduo/

paciente e na construção de uma relação profissional da saúde/paciente cada vez mais sólida.¹ Espiritualidade e religiosidade são instrumentos fundamentais para a ajudar a compreender o processo de adoecimento e cura, sendo benéfico não somente aos pacientes como para todos os profissionais da saúde.²⁻⁵

Para o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia “espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoal”. Pode-se acrescentar ainda o aspecto de ser motivado ou não pela vontade e ser passível de observação e de mensuração”. (<http://departamentos.cardiol.br/gemca>).¹

A religiosidade/espiritualidade (R/E) e crenças pessoais foram as únicas variáveis consistentemente associadas à adesão terapêutica. É importante destacar que nem a depressão ou a religiosidade foram correlacionados à adesão, quando avaliados separadamente. Quando a espiritualidade foi avaliada por ambos, ela estava positivamente correlacionada à adesão, quando ajustado às características demográficas, clínicas e a instrumentos psicossociais.⁶

A importância destes fatos foi bem demonstrada em uma coorte nacional prospectiva de pacientes com insuficiência cardíaca crônica, aonde a resiliência teve associação com a adesão nutricional, e a relação médico-paciente se demonstrou como grande facilitadora da adesão ao tratamento, independente da resiliência. Vale ressaltar, que não somente a relação médico-paciente, mas sim a relação de todos os profissionais de saúde-paciente.⁷

Os conceitos envolvendo a medicina baseada em evidências têm sido aplicados também no domínio da espiritualidade, mas nem sempre as evidências disponíveis são ideais e definitivas. No Quadro 1, o GEMCA reúne recomendações que podem ser úteis para o aprimoramento da prática cardiológica e que foram recentemente publicadas no Brasil.¹

MOMENTO IDEAL PARA A ABORDAGEM DA R/E

Todos os profissionais de saúde devem ter ciência sobre a importância de se obter anamnese de espiritualidade e religiosidade.⁸⁻¹⁰ Entretanto, a maioria dos profissionais mostra-se sensível a demanda do pacientes apenas quando este solicita, porém as recomendações atuais sugerem que seja feita uma busca ativa destas informações e demandas, pois não é incomum que o paciente não se sinta à vontade de expor suas ideias e crenças.⁹

A anamnese de espiritualidade e religiosidade deve ser lembrada em cada abordagem assistencial e por todos os profissionais que lidam com a saúde dos indivíduos.^{6,10} Nem sempre é fácil esta abordagem, como ocorre emergências ou em terapias intensivas, mas assume enorme relevância em doenças críticas, terminais, crônico-degenerativas ou em cuidados paliativos.

Devemos ter mente que pacientes muito graves apresentam elevadas taxas de dor, dispnéia e fadiga, mas sobretudo de ansiedade, nervosismo, tristeza e depressão. Para estes pacientes, o conceito de “dor total” de Cicely Saunders, entendida como um somatório de elementos físicos, psicológicos, sociais, emocionais e espirituais deve ser valorizado e abordado de forma sistemática e estruturada, ainda nos primeiros dias de internação.^{11,12}

Não existe apenas um momento para a AVALIAÇÃO ESPIRITUAL, mas vários cenários que podemos subdividir em três tópicos:^{8,13}

Quadro 1. Práticas em espiritualidade e saúde. Classes de recomendação (CR) e níveis de evidência (NE).

Recomendação	CR	NE
Rastreamento breve de espiritualidade e religiosidade.	I	B
Anamnese espiritual de pacientes com doenças crônicas ou de prognóstico reservado.	I	B
Respeitar e apoiar religiões, crenças e rituais pessoais do paciente que não sejam prejudiciais ao tratamento.	I	C
Suporte por profissional capacitado aos pacientes em sofrimento ou com demandas espirituais.	I	C
Religiosidade Organizacional associa-se a redução de mortalidade	I	B
Programa hospitalar de treinamento em espiritualidade e religiosidade.	Ila	C
Anamnese espiritual de pacientes estáveis ou ambulatoriais.	Ila	B
Questionários DUREL, FICA, HOPE, ou FAITH para avaliar espiritualidade.	Ila	B
Meditação, técnicas de relaxamento e combate ao estresse.	Ila	B
Espiritualidade e religiosidade potencialmente aumentam sobrevida.	Ila	B
Técnicas de fortalecimento espiritual como perdão, gratidão e resiliência.	Ilb	C
Avaliar espiritualidade e religiosidade nos pacientes em situações agudas e instáveis	III	C
Prescrever orações, práticas religiosas ou denominação religiosa específica.	III	C

Adaptado de Prêcoma DB et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891.¹

- Na avaliação de um novo paciente como:
 - Parte da identificação e da história social
 - Fluxo normal de entrevista, envolvendo família, círculo de amigos e práticas
- Na admissão em hospital, hospice ou ambulatório:
 - Doenças graves, crônicas, progressivas, prognóstico reservado
 - Investigação diagnóstica, intervenções terapêuticas de alto risco
 - Na admissão ou ao longo da internação
- Na visita de manutenção como parte da avaliação pessoal:
 - Mais tempo para anamnese dirigida
 - Hábitos de família, emprego, estresse
 - Momento menos alarmante que durante internação por doença grave

Esta abordagem se aplica não somente aos pacientes ambulatoriais, mas também os críticos. No primeiro dia na UTI, devemos identificar um tomador de decisão, abordar estado da diretriz antecipada e indicações de ressuscitação cardiopulmonar, distribuir folheto de informações para família, avaliar a dor regularmente, assim como gerenciar a dor de forma otimizada. Até o terceiro dia de UTI, devemos oferecer apoio social, assim como oferecer apoio espiritual. E até o quinto dia da UTI, é fundamental realizar um encontro familiar interdisciplinar.^{11,14,15}

Para pacientes graves, instáveis e/ou paliativos, duas mensagens fundamentais:

1. Não realizar anamnese espiritual na instabilidade
2. Entender as propostas de tratamento com familiares e o paciente (se lúcido) até terceiro a quinto dia da internação

ABORDAGEM DA R/E – QUESTIONÁRIO VS CONVERSA LIVRE

A abordagem de questões espirituais com nossos pacientes enfrenta três problemas relevantes:¹³

1. Dificuldade por parte dos médicos
2. Escolha de instrumento formal ou abordagem informal
3. Escolha do momento ideal

Ao questionar sobre a importância da espiritualidade, da religiosidade e da religião para o paciente podemos ajudar o paciente a lidar com a doença, mas pode gerar estresse ou presença de sentimentos negativos (culpa, punição, mágoa, ressentimento, falta de perdão, ingratidão etc.). Além disso pode influenciar na adesão ou em decisões sobre o tratamento. É fundamental observar se há alguma necessidade espiritual não atendida. Para que isso flua de maneira adequada, devemos ser sensíveis e acolhedores para com as crenças e práticas religiosas de cada indivíduo.⁵

Havendo sentimentos negativos, conflitos ou necessidades espirituais, faz-se necessário solicitar a participação de indivíduo treinado na área ou de membro da comunidade do paciente, de forma a lidar adequadamente com essas questões.^{16,17}

Pacientes não religiosos ou que refutem em falar sobre o tema, devemos inquirir sobre as formas como o indivíduo convive com a doença, o que promove propósito e significado para sua vida (família, amigos, *hobby etc.*) e que crenças culturais podem ter impacto sobre seu tratamento.¹⁸

Para essa abordagem não ser conflitiva há que haver preparo e aceitação de ambas as partes: profissional de saúde e paciente. Podemos dividir a abordagem da espiritualidade e religiosidade em três níveis. (Tabela 1)⁸

A abordagem da R/E deve ser:⁵

- De forma sensível e acolhedora.
- Sem promoção de religião, prescrição de orações ou práticas religiosas.
- Sem coação a adoção de crenças ou práticas específicas.
- Natural durante a anamnese no momento da avaliação dos aspectos psicossociais.

A anamnese espiritual deve ser:⁵

1. Breve: categorias ou tópicos.
2. Fácil memorização: acrônimos.
3. Prover informação adequada: recursos espirituais dos pacientes, seu uso no passado e no presente; impacto no tratamento.
4. Centrada nos pacientes.
5. Validada.

A escala de religiosidade denominada índice DUREL,¹⁹ validado no Brasil é de fácil aplicação, abordando os principais domínios da religiosidade sendo usado em diversas culturas, mas não avalia espiritualidade. As dimensões de religiosidade mensuradas pelo DUREL têm se mostrado relacionadas a diversos indicadores de suporte social e saúde.

A avaliação da espiritualidade envolve um conjunto de questões sobre seus diferentes domínios que se associam a desfechos de saúde, baseadas em escalas previamente validadas. Conhecidos por acrônimos, alguns dos principais instrumentos são FICA,²⁰ HOPE,¹³ FAITH²¹ e SPIRIT.²²

Em revisão sistemática, Lucchetti et al., selecionaram e avaliaram os instrumentos para pesquisa clínica validados na língua portuguesa.²³

DIFERENÇAS NA R/E DO PACIENTE E DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Existem inúmeras razões para que os profissionais não abordem espiritualidade e religiosidade: incerteza para iniciar discussões espirituais, receio de ser mal interpretado como impondo religião, preocupação de estar invadindo a privacidade do paciente e poder causar algum desconforto, e dificuldades com a linguagem da espiritualidade.²⁴ Estas justificativas também foram encontradas em estudantes de medicina brasileiros nos quais os principais motivos para não abordagem foram medo de imposição de uma religião (47,5%), medo de ofender os pacientes (35,8%), falta de conhecimento do assunto (34,7%) e falta de treinamento (30,8%).^{25,26}

Religião não deve ser prescrita, forçada ou mesmo encorajada, sob o risco de se acrescentar culpa ao fardo provocado pela doença. Identificar o momento correto para abordagens relacionadas a espiritualidade e religiosidade é importante para evitar qualquer tipo de mal-entendido, sempre usando do bom-senso. A avaliação de espiritualidade sempre é desejável, pois desta maneira podemos buscar informações

Tabela 1. Níveis de Abordagem Clínica em Espiritualidade e Religião.

	Contexto Clínico	Duração	Tipo	Profissional
Rastreamento Espiritual	Contato inicial	Curta	Questões abertas ou escala de respostas em itens; Objetivo: identificar pacientes com necessidade de encaminhar para cuidados de espiritualidade	Qualquer provedor de cuidados clínicos
Obtenção de Anamnese Espiritual	Contato inicial e reabordagens subsequentes	Curta	Questões abertas	Provedor de cuidados clínicos (médico, enfermeira ou capelão)
Abordagem Espiritual	Contato inicial e reabordagens subsequentes	Longa	Entrevista com diretrizes estruturais conceituais e desenvolvimento de plano de cuidados espirituais	Capelão certificado ou profissional de cuidados espirituais com treinamento equivalente

Adaptada de Balboni TA, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54(3):441-453.⁹

em todos os pacientes independente de religião ou religiosidade, mas a abordagem em situações extremas pode levar ao estresse e até mesmo piorar a evolução do paciente.²⁷

O respeito a espiritualidade, religiosidade e as crenças individuais é fundamental e deve compor com o plano terapêutico, se não for prejudicial. Se necessário e de desejo do paciente, frente a riscos ou prejuízos ou em situações de conflito, a presença de representantes ou líderes religiosos pode trazer conforto, equilíbrio, melhor gerenciamento e contribuir para um desejado consenso.¹

QUANDO O PACIENTE NÃO QUER FALAR SOBRE R/E

Para evitar conflitos com paciente, o profissional deve ter sempre em mente que este tema é profundamente pessoal e emocional, e por isso o médico não deve abordar esses conteúdos sem uma aproximação adequada e uma boa relação. Mesmo que isso signifique que o paciente vai se sentir tranquilo o suficiente para afirmar que não deseja falar sobre o assunto com o médico. Ou seja, devemos ter a certeza da concordância do paciente em abordar o tema.

Alguns pacientes se identificam como ateus ou agnósticos. Esses pacientes, embora não acreditando ou sendo incertos sobre a existência de Deus, ainda assim podem possuir uma forte espiritualidade, seja baseada na filosofia existencial, seja buscando fazer o bem e encontrando significado, propósito e realização na própria vida. A espiritualidade evoca preocupações, compaixão e uma sensação de conexão com algo maior além de nós mesmos.²⁸ O profissional da saúde deve mostrar-se sensível e acolhedor para com essas crenças e práticas religiosas (ou a falta delas),

No caso de pacientes não religiosos ou que refutem falar sobre o tema, o médico pode inquirir sobre as formas como o indivíduo convive com a doença, o que promove propósito e significado para sua vida (família, amigos, *hobby* etc.) e quais crenças culturais podem ter impacto sobre seu tratamento.¹⁸

Para essa abordagem não ser conflitiva há que haver preparo e aceitação de ambas as partes: profissional de saúde e paciente. Frente a resistências quanto a temática por parte do paciente, a história espiritual deve ser adiada para momento mais oportuno ou mesmo cancelada. Quando esses alinhamentos não ocorrem, podem surgir conflitos graves e com desdobramentos por vezes bastante deletérios a condução médica.

INTERVENÇÕES SOBRE R/E

Perdão

O interesse popular e também científico pelos efeitos da gratidão surgiu em consequência do aumento da popularidade da psicologia positiva, que usa uma linguagem própria para promover emoções positivas (esperança, perdão, gratidão, bem-estar).²⁹

Conceitualmente, o perdão decisional é a sincera intenção de não evitar o transgressor ou buscar vingança, e liberá-lo de todos os débitos pessoais relativos à transgressão. Esse perdão decisional pode ocorrer mesmo que ainda restem emoções negativas. O perdão emocional, mais profundo e com mais benefícios de saúde a quem perdoad, é aquele que inclui mudanças nas emoções e na motivação em relação ao

transgressor – trocar as emoções negativas relutantes, como o ressentimento, ódio, e irritação, por emoções positivas. É uma postura difícil, que exige uma transformação íntima duradoura.³⁰ Por outro lado, o perdão condicional (em que se exige desculpas, reparo da ofensa, e compensações) mantém o ressentimento e os sentimentos negativos, e é considerado a forma menos benéfica de perdão.

Do ponto de vista conceitual, é importante reforçar aquilo que o perdão não é: perdão não significa desculpar, reconciliar-se, justificar o erro, deixar passar o fato sem leva-lo em consideração, ou esquecer uma transgressão. Também não significa deixar de se fazer justiça se o fato tiver implicações legais.

O perdão pode ter uma série de benefícios sobre a saúde mental, pois reduz a “ruminação” da transgressão, diminuindo os sentimentos de raiva, ódio e medo, aumenta o suporte social, e os relacionamentos interpessoais. Na saúde física, o perdão ajuda a reduzir os efeitos do stress e da raiva, afeta positivamente o sistema imune, endócrino, citocinas, reduz a ativação do sistema nervoso simpático e a pressão arterial, entre outros. Além disso, estudos começam a mostrar que não perdoar aumenta a mortalidade. Numa amostra de 1232 adultos idosos, o perdão condicional (que não é perdão de verdade) se associou a um aumento de 34% na mortalidade no seguimento de três anos.³¹

O perdão é relevante por que tem implicações significativas para a saúde física e o bem-estar dos pacientes, melhora a saúde mental, e pode ser estimulado com intervenções razoavelmente simples.

Essas intervenções envolvem alguns aspectos importantes, como o entendimento de que efetivamente houve uma ofensa; a escolha pela compaixão e empatia; a compreensão de que a reconciliação depende do arrependimento genuíno (confiança) do ofensor, o que evita os riscos de uma pseudo-reconciliação. A intervenção tem algumas etapas, que envolvem a confrontação e o alívio da raiva, considerar o perdão como uma possibilidade, tentar entender o porque do ofensor ter feito isso, e encontrar significado dentro do evento doloroso, sempre diferenciando entre perdão, desculpa e reconciliação.³²

No entanto, há uma base de evidências pequena quando se trata de intervenções psicológicas que tenham o objetivo de estimular o perdão. Essas intervenções tem sido testadas em diferentes situações de agressão, e os resultados tem sido de forma geral promissores, demonstrando especialmente que os sentimentos negativos de dor e mágoa podem ser significativamente reduzidos e, em menor extensão, ser substituídos por pensamentos e sentimentos positivos em relação ao ofensor, por meio de intervenções que ensinam, auxiliam e promovem o perdão.³³

Foi realizado um estudo em 32 pacientes com cardiopatia isquêmica, que se submeteram a cintilografia miocárdica de perfusão (para detectar isquemia miocárdica), em repouso e logo após um teste de stress mental provocativo de raiva. Dezesete pacientes apresentaram defeito perfusional após stress mental provocativo. Esses 17 pacientes foram randomizados em dois grupos: intervenção comportamental baseada em perdão por 10 semanas, ou grupo controle (terapia convencional com psicólogo). Foram realizados estudos de perfusão miocárdica pré- e pós-intervenção (10ª semana), e também a longo-prazo. No Grupo Perdão, após 10 semanas, os defeitos perfusionais após *stress* mental

eram significativamente menores que no grupo controle; a intervenção reduziu a área de isquemia em aproximadamente 5% do ventrículo esquerdo, em média. A conclusão é que a raiva (não perdão) aumenta o risco de isquemia cardíaca.³⁴

Gratidão

A disposição à gratidão é uma atitude, traço de personalidade, ou virtude moral, de apreciação daquilo que temos de valioso e significativo, e representa um estado geral de agradecimento e apreciação pelas coisas boas que temos ou fazemos, sejam tangíveis ou intangíveis.³⁵

Têm sido relatados benefícios à saúde em pessoas com tendência à gratidão. Na saúde física, esses benefícios incluem melhora do sono, redução de marcadores inflamatórios, aumento da variabilidade da frequência cardíaca, e melhora da qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca.³⁶ Na saúde mental, gratidão se associa a mais autoestima, melhora das relações sociais, maior força mental e capacidade de enfrentamento dos problemas.³⁶

A tendência à gratidão é mensurável, por meio de questionários específicos. Dentre eles, o mais estudado é o "Gratitude Questionnaire GQ-6", que é uma escala de 6 itens, auto-administrada, adequada do ponto de vista psicométrico, desenhada para medir traços de gratidão. A consistência interna do GQ-6 na população de cardiopatas é alta, com α de Cronbach de 0,92.³⁷

Existem algumas estratégias que têm sido usadas nos estudos, para aumentar gratidão. Elas incluem listar as coisas e pessoas pelas quais se sente grato, escrever uma carta a alguém por quem se sente grato, listar três coisas ou fatos pelos quais tenha se sentido grato na última semana, treinar dizer "obrigado" às pessoas, pensar em alguém por quem se sente grato, orar sobre sua gratidão (se for religioso). Foi demonstrado benefício dessas estratégias em estudos com pacientes cardiopatas, incluindo redução da variabilidade da frequência cardíaca e em biomarcadores inflamatórios na insuficiência cardíaca.³⁸

TREINAMENTO EM R/E

No Brasil e no mundo, as escolas médicas tem se atentado para a necessidade de treinamento dos futuros médicos em religiosidade e espiritualidade.³⁹ No entanto, nos ambientes de trabalho do profissional, após a escola médica, as oportunidades de treinamento são pouco frequentes, o que é uma barreira para o cuidado espiritual dos pacientes que mais necessitam desse cuidado, especialmente os pacientes graves.

Essa situação é ilustrada por um estudo de 339 profissionais médicos e de enfermagem para pacientes graves, em que somente 12% dos enfermeiros e 14% dos médicos declarou ter recebido algum tipo de treinamento no cuidado espiritual do paciente.⁴⁰ No mesmo estudo, o treinamento foi o mais forte preditor da presença do cuidado espiritual.

Os médicos relatam muitas barreiras que dificultam a abordagem da R/E com os pacientes (medo de ser mal interpretado, do paciente se achar coagido, de causar desconforto, dificuldades com a linguagem usada nessa área). Essas barreiras representam uma fragilidade na formação e prática médica, com desconhecimento específico ou inadequado dimensionamento, falta de domínio de ferramentas específicas e treinamento.

A solução para essas limitações está no desenvolvimento

de programas hospitalares de suporte e treinamento em espiritualidade, que devem permitir ao profissional de saúde conhecer o básico sobre o *screening* espiritual, a anamnese espiritual, um pouco sobre as diferentes tradições e denominações religiosas mais comuns, e do impacto de crenças sobre as decisões de saúde. Esse treinamento idealmente deve também estimular o profissional a oferecer ao paciente uma presença compassiva, uma escuta respeitosa das suas dificuldades nessa área, e uma verdadeira vontade de ajudar.⁴¹

Esses programas contribuem no bem-estar e melhoria da saúde, auxiliam quando nos desentendimentos em condutas, atendem às expectativas dos pacientes, além do fato de fazer parte de processos de acreditação e perspectivas de redução de custos de internação.⁴²

Para o desenvolvimento destes programas deve haver um profundo envolvimento institucional, treinamento formal das equipes mais diretamente ligadas a assistência, disponibilidade de infraestrutura e recursos, ajustes as rotinas assistenciais e sintonia com as diversas comunidades religiosas. As equipes de saúde, especialmente quando agindo em cenários onde se observa maior demanda de espiritualidade e religiosidade, devem estar estruturados com treinamento sistemático e clara definição de responsabilidades. Com esse tipo de abordagem, seguramente a equipe conseguirá oferecer um cuidado mais completo aos seus pacientes.

QUANDO DEVEMOS CHAMAR UM PROFISSIONAL DE R/E

Não se espera que os profissionais médicos façam aconselhamento espiritual dos pacientes com necessidades espirituais, ação para a qual não foram treinados. Mas é possível resolver algumas questões mais simples, e é importante que se faça ao menos uma triagem espiritual.

No entanto, se na abordagem inicial do médico forem detectadas necessidades espirituais, que podem ser bastante complexas e às vezes interligadas às questões psicológicas e conflitos sociais, o profissional da saúde sem treinamento religioso não deve oferecer aconselhamento ou tratamento. O atendimento às necessidades espirituais requer treinamento para fazê-lo de forma sensível e eficiente. Nessa situação o médico, uma vez obtido o consentimento do paciente, deve encaminhá-lo a capelão profissional ou conselheiro pastoral.⁴³

Vários estudos mostram que R/E é importante e ajuda muitos pacientes e familiares no enfrentamento à doença.⁴⁴ Além disso, pacientes que enfrentam doenças sérias frequentemente tem conflitos espirituais (ex: sentir que Deus o está punindo através da doença por ele não ter sido a pessoa que deveria ser),⁴⁵ sendo que muitos desejam cuidado espiritual durante o tratamento.⁴⁶

Os profissionais religiosos (capelães hospitalares, conselheiros pastorais, padres, pastores, entre outros) costumam intervir sobre esses conflitos ou necessidades espirituais por meio de orações, rituais religiosos, bençãos, afirmação da fé, escuta empática, revisão dos eventos positivos da vida, e suporte emocional. Um pequeno número de estudos sugere que a participação da capelania no cuidado de pacientes graves se associa com maior satisfação com o tratamento. Esse dado foi confirmado em um estudo com 275 familiares de pacientes que morreram na UTI.⁴⁷

O QUE NÃO FAZER

Durante a anamnese espiritual, ou depois que ela tenha sido realizada, existem algumas condutas que o médico não deve tomar, sob pena de criar barreiras entre ele e o paciente, perder a confiança deste, ou gerar angústia, decepção ou sofrimento. Uma vez que isso aconteça, dificilmente será possível recuperar uma boa relação médico-paciente. Essa sequência de eventos gera, no mais das vezes, falha terapêutica e piores desfechos, sejam eles físicos, mentais ou espirituais.

Forçar uma história espiritual

Por vezes o paciente indica, no início da anamnese espiritual, que não tem interesse em religião e que esse fator não desempenha um papel importante em sua vida e na forma como ele lida com a doença. Muitas vezes esses pacientes oferecem resistência a essa abordagem e se sentem desconfortáveis com ela. Nesse caso, o médico não deve insistir, sob risco de deixar o paciente incomodado e criar uma barreira que dificultará as futuras interações com ele, atrapalhando o tratamento. O melhor caminho é levar a anamnese espiritual por um rumo diferente. Ao invés de focar na espiritualidade, o médico passa a perguntar como o paciente lida com a doença, o que dá um significado e propósito à sua vida, quais crenças culturais podem ter impacto no tratamento da doença, e quais recursos sociais estão disponíveis para apoiá-lo em casa. Dessa forma, informações vitais são colhidas sem ofender o paciente, e sem fazer com que se sinta pressionado ou desconfortável.^{48,49}

Prescrever orações

É uma conduta não ética o médico prescrever orações ao paciente, seja ele religioso ou não. O risco dessa conduta sugerida ou imposta pelo médico é que isso deixe de ser uma interação centrada no paciente e passe a ser centrada no médico, o que pode evoluir para a coerção, especialmente quando o paciente não é religioso e não faz orações.⁵⁰ Além disso, religião é um assunto pessoal e íntimo para muitas pessoas, e nenhuma evidência justificaria impor crenças e práticas religiosas aos pacientes. Além disso, as motivações, bem como os benefícios, difeririam em pacientes que professam uma religião por si só ou seguindo recomendação médica.⁵¹ E por último, tal insistência pode representar uma violação dos princípios éticos e dos direitos humanos do paciente.

Prover conselhos espirituais para os pacientes

Não se espera que o profissional possa prestar aconselhamento espiritual ao paciente, intervindo no sentido de tratar conflitos

espirituais ou religiosos que ele porventura detecte. Mas é importante que ele faça um rastreamento espiritual, de forma a mostrar ao paciente que respeita e apoia suas crenças, entender de que maneira a espiritualidade pode ajudar o paciente no enfrentamento da doença, e resolver dificuldades práticas que eventualmente estejam impedindo que o paciente receba o atendimento espiritual necessário (ex: convidando ao hospital o pastor, padre ou ministro religioso que usualmente atende o paciente). No entanto, se surgirem nesse rastreamento necessidades espirituais ou conflitos, o médico deve encaminhar o paciente para um profissional especializado (ver acima).⁴⁹

Confrontar ou discutir com os pacientes sobre assuntos religiosos

Quando existe alguma crença arraigada, pela qual o paciente se coloca contrário a algum dos componentes do plano terapêutico (ex: transfusões em Testemunhas de Jeová, vacinação em pacientes ou familiares contrários a elas), é fundamental que o médico aceite as decisões do paciente ou seus familiares de renunciar ao tratamento, demonstrando que respeita e valoriza as crenças do paciente, as quais podem dar significado à sua vida e oferecer suporte social. De outra forma, o paciente verá o médico como um adversário.

No entanto, o profissional não deve deixar de acompanhar de perto a evolução da doença. Desde que os pacientes sintam que suas crenças e decisões são respeitadas, com mais facilidade passam a confidenciar esses assuntos ao médico, até mesmo retornando ao tratamento se a evolução não for boa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem muitas razões para se identificar e abordar as necessidades espirituais dos pacientes. Muitos são religiosos, usam sua R/E para lidar com o stress da doença e para orientar suas decisões de saúde, e muitas vezes esperam e desejam que o médico aborde esse assunto, especialmente quando a gravidade da doença aumenta. Abordar as necessidades espirituais não é atitude nova, mas a forte ligação histórica entre R/E e assistência à saúde vem sendo esquecida nas últimas décadas. A retomada dessa abordagem seguramente trará muitos benefícios para os pacientes.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar COM, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891.
2. Karam A, Clague J, Marshall K, Olivier J, Faith, Helth Series. The view from above: faith and health. *Lancet.* 2015;386(10005):e22-4.
3. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Braz J Psychiatry.* 2014;36(2):176-82.
4. Lindeman M, Blomqvist S, Takada M. Distinguishing spirituality from other constructs: not a matter of well-being but of belief in supernatural spirits. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200:167-73.
5. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2013;28(1):103-28.
6. Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2016;106(6):491-501.
7. Grillo RO, Campos FS, Mourilhe-Rocha R. A influência da resiliência na adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(1 Supl. 3):4.
8. Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and

Interventions. J Pain Symptom Manage. 2017;54(3):441-53.

9. Vermandere M, De Leppeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract.* 2011;61(592):e749-60.
10. de Oliveira JAC, Anderson MIP, Lucchetti G, Ávila Pires EV, Gonçalves LM. Approaching Spirituality Using the Patient-Centered Clinical Method. *J Relig Health.* 2019;58(1):109-18.
11. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *N Engl J Med.* 2015;373(8):747-55.
12. Baker M, Luce J, Bosslet GT. Integration of Palliative Care Services in the Intensive Care Unit: A Roadmap for Overcoming Barriers. *Clin Chest Med.* 2015;36(3):441-8.
13. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician.* 2001;63(1):81-9.
14. Baker M, Luce J, Bosslet GT. Integration of Palliative Care Services in the Intensive Care Unit: A Roadmap for Overcoming Barriers. *Clin Chest Med.* 2015;36(3):441-8.
15. Nelson JE, Mulkerin CM, Adams LL, Pronovost PJ. Improving comfort and communication in the ICU: a practical new tool for palliative care performance measurement and feedback. *Qual Saf Health Care.* 2006;15(4):264-71.
16. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med.* 2009;12(10):885-904.
17. Koenig HG. STUDENTJAMA. Taking a spiritual history. *JAMA.* 2004;291(23):2881.
18. Kliever S. Allowing spirituality into the healing process. *J Fam Pract.* 2004;53(8):616-24.
19. Curcio CSS, Lucchetti G, Moreira-Almeida A. Validation of the Portuguese version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS-P) in clinical and non-clinical samples. *J Relig Health.* 2015;54(2):435-48.
20. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med.* 2000;3(1):129-37.
21. Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. A 23-year mortality follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease Study. *Cardiology.* 1993;82(2-3):100-21
22. Maugans TA. The SPIRITual history. *Arch Fam Med.* 1996;5(1):11-6.
23. Lucchetti G, Lucchetti AL, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Med J.* 2013;131(2):112-22.
24. VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Health and Spirituality. *JAMA.* 2017;318(6):519-20.
25. Lucchetti G, de Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti AL, Colaborators S. Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAME. *BMC Med Educ.* 2013;13:162.
26. Vermandere M, De Leppeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract.* 2011;61(592):e749-e760.
27. Silvestri GA, Knittig S, Zoller JS, Nietert PJ. Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *J Clin Oncol.* 2003;21(7):1379-82.
28. Koenig HG, Pargament KI, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186(9):513-21
29. **C Harvard Medical School Special Health Report. Positive Psychology. Harnessing the power of happiness, mindfulness, and inner strength. Harvard Publications. 2018.**
30. Worthington Jr EL, van Oyen Witvliet C, Lerner AJ, Scherer M. Forgiveness in health research and medical practice. *Explore (NY).* 2005;1(3):169-76.
31. Touissant LL, Owen AD, Cheadle A. Forgive to live: forgiveness, health, and longevity. *J Behav Med.* 2012;35(4):375-86.
32. Elliot BA. Forgiveness therapy: A clinical intervention for chronic disease. *J Relig Health.* 2011;50(2):240-47.
33. Harris AHS, Luskin F, Norman SB, Standard S, Bruning J, Evans S, et al. Effects of a Group Forgiveness Intervention on Forgiveness, Perceived Stress, and Trait-Anger. *J Clin Psychol.* 2006;62:715-733.
34. Waltman MA, Russel DC, Coyle CT, Enright RD, Holter AC, Swoboda M. The effects of a forgiveness intervention on patients with coronary artery disease. *Psychol Health* 2009;24(1):11-27.
35. McCullough ME, Emmons RA, Tsang JA. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *J Pers Soc Psychol.* 2002; 82(1):112-27.
36. Mills PJ. The Role of Gratitude in Spiritual Well-being in Asymptomatic Heart Failure Patients. *Spiritual Clin Pract.* 2015;2(1):5-17.
37. Sansone RA, Sansone LA. Gratitude and well-being: The benefits of appreciation. *Psychiatry (Edgemont).* 2010;7(11):18-22.
38. Froh JJ, Fan J, Emmons RA, Bono G, Huebner ES, Watkins P. Measuring gratitude in youth: assessing the psychometric properties of adult gratitude scales in children and adolescents. *Psychol Assess.* 2011; 23(2):311-324.
39. Redwine LS, Henry BL, Pung MA, Wilson K, Chinh K, Knight B, et al. Pilot Randomized Study of a Gratitude Journaling Intervention on Heart Rate Variability and Inflammatory Biomarkers in Patients with Stage B Heart Failure. *Psychosom Med.* 2016;78(6):667-76.
40. Koenig HG, Hooten EG, Lindsay-Calkins E, Meador KG. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *Int J Psychiatry Med.* 2010;40(4):391-98.
41. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol.* 2013;31(4):461-67
42. Saad M, Medeiros R. Programs of religious/spiritual support in hospitals - five "Whies" and five "Hows". *Philos Ethics Humanit Med.* 2016;11(1):5.438
43. Koenig HG. *Medicine, Religion, and Health: Where Science and Spirituality Meet.* Templeton Press, West Conshohocken, PA, United States, 2008.
44. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteer JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol.* 2007;25(5):555-60
45. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Pettet JR, Block SD, et al. The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *J Palliative Med.* 2011;14(9):1022-28.
46. Astrow AB, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol.* 2007;25(36):5753-57.
47. Johnson JR, Engelberg RA, Nielsen EL, Kross EK, Smith NL, Hanada JC, et al. The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU*. *Crit Care Med.* 2014;42(9):1991-2000.
48. Eil KO, Mantell JE, Hamovitch MB, Nishimoto DSW, et al. Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer. *J Psychosoc Oncol.* 1989;7:63-89.
49. Koenig HG. *Espiritualidade no cuidado com o paciente. Por quê, como, quando e o quê.* 2. ed. São Paulo: FE Editora Jornalística Ltda. 2012.
50. Koenig HG. Clinical Crossroads. An 83-Year-Old Woman with Chronic Illness and Strong Religious Beliefs. *JAMA.* 2002;288(4):487-93.
51. Sloan RP, Bagiella E, VandeCreek L, Hover M, Casalone C, Hirsch TJ, et al. Should Physicians Prescribe Religious Activities? *N Engl J Med.* 2000;342(5):1913-16.

DETERMINANTES SOCIAIS DA DOENÇA CARDIOVASCULAR: IDENTIFICAÇÃO E MANUSEIO

SOCIAL DETERMINANTS OF CARDIOVASCULAR DISEASE: IDENTIFICATION AND HANDLING



Clique para acessar
o Podcast

Gabriel Porto Soares^{1,2}
Gláucia Maria Moraes de
Oliveira¹

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Universidade de Vassouras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência:
Gabriel Porto Soares. Programa de Pós-graduação em Cardiologia.
R. Prof. Rodolpho P. Rocco, 255.
Prédio do HU. 8º andar - sala 6.
UFRJ. Cidade Universitária.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
CEP: 21941-913.
gp.soares@yahoo.com.br

RESUMO

As doenças do aparelho circulatório (DAC) são a primeira causa de morte no Brasil e no mundo. Na segunda metade do século XX houve redução das taxas de mortalidade por DAC, precedida por melhoria em indicadores socioeconômicos. O objetivo deste artigo é enumerar e explicar os principais indicadores socioeconômicos utilizados em estudos epidemiológicos e apresentar correlações entre melhoras nesses indicadores e queda da mortalidade cardiovascular ao longo dos últimos anos. São apresentados indicadores como Produto interno bruto *per capita*, Mortalidade infantil, Escolaridade, Índice de Desenvolvimento Humano, Índice de Gini e até mesmo infecção por Coronavírus-19. A redução da mortalidade por doenças cardiovasculares está intimamente relacionada à melhora dos indicadores socioeconômicos nas últimas décadas. Também foi demonstrada que nestas correlações há defasagem temporal com números próximos a 20 anos entre a melhora dos indicadores e a redução das taxas de mortalidade, demonstrando que a melhora socioeconômica precede a redução dos óbitos. Estas relações são cada vez mais evidentes e indicam que se dê mais ênfase à melhoria das condições de vida das populações, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular de forma mais consistente e eficaz do que apenas com os programas verticais de controle isolado dos fatores de risco cardiovascular clássicos. A redução das taxas de mortalidade por DAC não depende apenas do setor de saúde, mas também de políticas sociais que incluam acesso à educação, emprego, redução dos riscos ambientais, melhor distribuição regional de renda e proteção contra o empobrecimento evolutivo.

Descritores: Doenças Cardiovasculares; Mortalidade; Indicadores Sociais; Indicadores Econômicos; Epidemiologia.

ABSTRACT

Diseases of the circulatory system (DCS) are the leading cause of death in Brazil and worldwide. In the second half of the 20th century, there was a reduction in mortality rates due to DCS, preceded by an improvement in socioeconomic indicators. The purpose of this article is to enumerate and explain the main socioeconomic indicators used in epidemiological studies, and to show correlations between improvements in these indicators and the decrease in cardiovascular mortality over the past few years. Indicators are presented such as Gross Domestic Product per capita, Child Mortality, Education, Human Development Index, Gini Index and even infection by Coronavirus-19. The reduction in mortality from cardiovascular diseases in recent years has been closely correlated with improvements in socioeconomic indicators in recent decades. It was also demonstrated that in these correlations, there is a time lag of around twenty years, between the improvement of indicators and the reduction of mortality rates, demonstrating that socioeconomic improvement precedes the reduction in the number of deaths. These relationships are increasingly evident and indicate that more emphasis is being placed on improving the living conditions of populations, in order to reduce cardiovascular morbidity and mortality in a more consistent and effective way than only through vertical programs for isolated control of classic cardiovascular risk factors. Reductions in mortality rates due to DCS depends not only on the health sector, but also on social policies that include access to education, employment, reduction of environmental risks, better regional distribution of income and protection against evolutionary impoverishment.

Descriptors: Cardiovascular Diseases; Mortality; Social Indicators; Economic Indexes; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Mais pessoas morrem anualmente de Doenças Cardiovasculares (DCV) do que de qualquer outra causa, fazendo das DCV a primeira causa de óbitos no mundo. Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de DCV em 2016, representando 31% de todas as mortes globais. Mais de três quartos das mortes por DCV ocorrem em países de baixa e média renda.¹ AS DCV são classificadas entre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), estas causas de morte correspondem a aproximadamente 70% dos óbitos globais o que equivale a mais de 38 milhões de óbitos anuais. Superando significativamente os óbitos por causas externas e doenças transmissíveis. Das 17 milhões de mortes prematuras (menores de 70 anos) devido a doenças não transmissíveis em 2015, 82% estão em países de baixa e média renda, 37% são causadas por DCV, e 29% são de pessoas com menos de 60 anos, enquanto nos países de renda alta apenas 13% destas mortes são precoces.^{2,3}

No Brasil o perfil epidemiológico das causas de óbitos é bem semelhante, onde as DCNTs correspondem a cerca de 72% do total de óbitos com as doenças do aparelho circulatório representando aproximadamente 30% dos óbitos seguidas das neoplasias com 16% e posteriormente pelas doenças respiratórias (6%).^{4,5}

Os óbitos por DCV são na sua grande maioria causados por Doenças Cerebrovasculares e por Doenças Isquêmicas do Coração (DIC). A OMS estima que estes dois grupos de causas são, globalmente, responsáveis por 85% dos óbitos por DCV.¹ A doença cardíaca isquêmica (DIC) é a principal causa global de morte, correspondendo a mais de nove milhões de mortes em 2016. A mortalidade por DIC nos países ocidentais diminuiu drasticamente ao longo das últimas décadas, com maior foco na prevenção primária e melhor diagnóstico e tratamento de DIC. No entanto, os países em desenvolvimento apresentam novos desafios para a saúde pública.^{6,7}

No decorrer da história recente da humanidade o perfil de causas de óbitos não foi liderado pelas doenças crônicas não transmissíveis e o primeiro lugar não era ocupado pelas doenças cardiovasculares. No último século, a humanidade passou por uma transição epidemiológica com relação às causas de óbito, as doenças infectocontagiosas deixaram de ser a primeira causa de óbito e deram lugar às doenças crônico-degenerativas, principalmente as DCV. Apesar de ainda serem as principais causas de mortalidade em todo o mundo, a partir do final da década de 1950, iniciou-se um declínio da mortalidade por DCV nos países industrializados. No Brasil esta queda da mortalidade por DCV começou a ser observada nos últimos anos da década de 1970,^{8,9} com significativa redução destas taxas de mortalidade, apesar de importantes diferenças regionais.¹⁰ Todas as nações desenvolvidas e em desenvolvimento apresentaram grandes reduções nas taxas de mortalidade durante o século passado, com um padrão de transição epidemiológica sugerindo que as principais causas de mortalidade passaram de doenças transmissíveis, especialmente prevalentes entre crianças e jovens para os problemas resultantes das doenças crônico degenerativas em idades mais avançadas.¹¹ Estatísticas abrangentes e confiáveis só passaram a existir, no Brasil, a partir desta época. Devido à heterogeneidade do país, reduções das taxas de mortalidade por DAC podem ter ocorrido em alguns locais antes de 1970, porém estes dados só passaram a ser conhecidos e detectados após.

Não é possível atribuir a redução da mortalidade por DCV apenas ao melhor controle dos fatores de risco clássicos cardiovasculares, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e tabagismo, pois todos estes com exceção do tabagismo apresentaram aumento de prevalência nas últimas décadas. O que fez surgir novos conceitos sobre fatores de risco ocupacionais, comportamentais e ambientais, que são diretamente influenciados por condições socioeconômicas das populações e apresentam importante relação com as causas de mortalidade.^{12,13}

INDICADORES SOCIOECONÔMICOS

A expressão “indicadores sociais” surgiu nos Estados Unidos, em 1966, e foi veiculada em uma obra coletiva por Raymond Bauer e chamada “*Social Indicators*”. A finalidade desse estudo era avaliar os impactos da “corrida espacial” na sociedade americana, com o objetivo de avaliar se os recursos públicos que seriam empregados no desenvolvimento do programa espacial americano impactariam social e economicamente na população.¹⁴ No Brasil, a primeira publicação sistemática e organizada de indicadores sociais ocorreu no Rio Grande do Sul em 1973, a revista *Indicadores Sociais – RS*, elaborada, num primeiro momento, pela Superintendência de Planejamento Global (SUPLAG) e, posteriormente, pela Fundação de Economia e Estatística (FEE), ambos os órgãos vinculados à Secretaria de Coordenação e Planejamento do Estado.¹⁵

Entre os indicadores mais utilizados destaca-se o PIB *per capita* (PIBpc) que é uma estimativa da taxa de transferência de mercado, somando o valor de todos os bens e serviços finais que são produzidos e comercializados dentro de um determinado período de tempo e dividido pelo número de habitantes. É usualmente medido pela soma de um conjunto de despesas do consumo pessoal do país (pagamentos feitos pelas famílias para bens e serviços), os gastos do governo (gastos públicos com a disposição de bens e serviços, infraestrutura e pagamentos da dívida pública), as exportações líquidas (o valor das exportações de um país menos o valor das importações), e o capital líquido acumulado (o aumento do valor total do capital de ações de uma nação). O PIBpc é frequentemente usado como um indicador de qualidade de vida, seguindo a ideia de que os cidadãos se beneficiariam de um aumento na produção agregada do seu país. Entretanto o PIB *per capita* não é uma medida de renda pessoal. O PIB pode aumentar enquanto a maioria dos cidadãos de um país ficam mais pobres, ou proporcionalmente não tão ricos, pois o PIB não considera o nível de desigualdade de renda de uma sociedade.¹⁶

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado em 1990 por dois economistas, o paquistanês Mahbub ul Haq e o indiano Amartya Sen, tinha a pretensão inicial de ser uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano.^{17,18} O IDH é constituído por três grandes pilares, saúde, educação e renda, na tentativa de medir vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Quando o indicador foi criado a saúde era medida pela expectativa de vida ao nascer, educação por alfabetização e taxa de escolaridade, e renda pelo Produto Interno Bruto *per capita* (PIBpc). O indicador era calculado pela média geométrica dos três componentes. A partir de 2009 houve modificações pelas quais o componente da educação passou a ser medido por anos médios de estudo da população adulta e anos esperados de estudo para as crianças que é aferido pela taxa de matrícula escolar, e o componente econômico passou a ser renda *per capita*.¹⁹

No Brasil, os dados foram calculados a partir dos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em 2012, o Brasil foi um dos primeiros países a adaptar o cálculo do IDH global para os níveis municipal e estadual, resultando assim no IDHM, que difere do IDH global em sua metodologia de cálculo. Embora as três dimensões de avaliação sejam as mesmas, o IDHM difere do IDH global na avaliação da escolaridade (inclui fluxo escolar) e da renda (renda *per capita* mensal ao invés da renda média nacional *per capita*) do IDHM.²⁰ Assim, IDH global do Brasil é publicado pelo PNUD²¹ e desde 2010 é atualizado anualmente. Enquanto isso, o IDHM é publicado em níveis municipal e estadual pelo Atlas Brasil²⁰ e são disponibilizados os dados de 1991, 2000 e 2010, uma vez que se baseia em informações censitárias.

De acordo com o escore encontrado para o IDH global ou IDHM, o grau de desenvolvimento social e econômico de um país ou região é classificado como muito baixo (menor que 0,49), baixo (entre 0,5 e 0,59), médio (0,6-0,69), alto (0,7-0,79) e muito alto (maior ou igual a 0,8).^{20,21} Apesar da interpretação do resultado ser a mesma, devido às diferenças nos cálculos, o IDH global e o IDHM não devem ser comparados entre si, pois tem fontes de dados e finalidades diferentes. Enquanto o IDH global permite a comparação entre nações, o IDHM permite a comparação entre municípios ou entre unidades da federação (UF) de um mesmo país. Em 1990, o IDH global do país, de acordo com o PNUD²¹ era 0,60, em 2000 0,68, em 2010 0,73 e em 2014 0,75. Nesta tese, foram avaliados os IDH das UF, e por isso foi utilizado o IDHM, obtido do Atlas Brasil.²⁰

Alguns autores discutem a importância das variações socioeconômicas medidas através de PIB *per capita* e do próprio IDH, na influência das taxas de mortalidade²²⁻²⁸ e é esperado que mudanças nos padrões sociais, qualidade de vida, desenvolvimento da economia e melhora dos índices de educação influenciem no cálculo do IDH global e do IDHM. Por isso, o IDH, apesar de não ser um índice ideal por não avaliar parâmetros como felicidade, democracia e sobretudo desigualdade interna, ainda é capaz de auxiliar na análise da influência socioeconômica nas taxas de mortalidade por DAC, DCBV e DHIP. Além disso, sabe-se atualmente que existe relação linear entre desigualdade e mortalidade. Quanto mais desigual é uma sociedade, maior suas taxas de mortalidade em geral por todas as causas, mesmo entre as nações mais ricas, como Estados Unidos e Inglaterra.²⁹

O Índice GINI é utilizado pelo Banco Mundial como coeficiente de desigualdade para comparabilidade entre nações. É expresso sob a forma de um número entre 0 (nação mais igualitária) e 1 (nação mais desigual), e como é possível notar, elevações no PIB e consequentemente no IDH não necessariamente se traduzem em incrementos relevantes na desigualdade do país. Apesar de ser um bom índice para nortear o país em relação aos demais, o índice GINI apresenta algumas limitações. Os dados informados referem-se a um período relativamente curto ao longo do ano, o que reduz seu grau de precisão. Além disso, um baixo coeficiente não necessariamente se traduz em justiça social, pois não mede o poder de compra da população. Por fim, a informação é limitada a cada país de forma global e, como nesta tese optou-se pela avaliação das UF, este índice não foi utilizado.³⁰

Outros indicadores muito utilizados são a Mortalidade Infantil definida por óbitos em menores de um ano em cada mil nascidos vivos³¹ e Índice de Escolaridade que corresponde

à razão entre o somatório do número de anos de estudo completados pelas pessoas que tinham 25 anos ou mais de idade e o número total de indivíduos nesta faixa etária.³²

CORRELAÇÕES ENTRE INDICADORES SOCIOECONÔMICOS E TAXAS DE MORTALIDADE CARDIOVASCULAR

As relações entre taxas elevadas de mortalidade e baixo nível socioeconômico já foram demonstradas em localidades do Brasil e mesmo nos países considerados desenvolvidos como os EUA. Relações entre redução nas taxas de mortalidade por DCV e melhora nos indicadores socioeconômicos de cada região são cada vez mais evidentes.^{33,34}

Foi demonstrado que há forte correlação entre o aumento da escolaridade, a queda da mortalidade infantil, a elevação do PIB per capita, e a elevação do IDH com a redução na mortalidade por doenças do aparelho circulatório em adultos, a partir de 1980. Evidenciando que a melhoria nos indicadores socioeconômicos precedeu a redução dos óbitos cardiovasculares.³⁵⁻³⁷

A elevação da escolaridade no decorrer das últimas décadas, que praticamente dobrou nos estados brasileiros, teve grande impacto na mortalidade, o incremento de um ano na média de anos estudados em adultos maiores de 25 anos correlacionou-se com a redução de mais de 100 óbitos por DAC nos estados brasileiros analisados e cerca de 80 óbitos nas capitais estudadas.³⁵

A queda da mortalidade infantil precedeu a queda da mortalidade cardiovascular. No início da década de 1940, a mortalidade infantil no Brasil superava 200 óbitos por mil nascidos vivos.³⁸ Em 2018 a taxa de mortalidade infantil foi de 12,4 óbitos por mil nascidos vivos.³⁹ A redução neste indicador demonstrou que para a redução de cada óbito infantil por mil nascidos vivos correspondeu a cerca de menos cinco óbitos por DAC em cada 100 mil habitantes adultos maiores de 20 anos nas regiões estudadas.³⁵

Os coeficientes de regressão das taxas de mortalidade por DAC no PIB per capita demonstraram que a elevação de 100 reais no PIB poderia ter sido responsável pela redução de até seis óbitos em cada 100 mil adultos por DCV, nos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. Este efeito poderia ser obtido com uma defasagem temporal ótima que variou entre 29 e 23 anos com coeficientes de correlação muito elevados.³⁵ (Tabela 1) Em estudo semelhante

Tabela 1. Defasagem anual ótima, coeficientes de correlação linear e de inclinação da relação da mortalidade padronizada* de adultos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, com o produto interno bruto per capita, em reais, em seis regiões selecionadas do Brasil, 1980-2008.³⁵

Doença**	Indicador PIB per capita	Regiões***					
		MRJ	ERJ	MSP	ESP	POA	ERS
DAC	Defas****	23	24	29	25	26	23
	CoefCorr*****	-0,98	-0,97	-0,97	-0,96	-0,95	-0,96
	R/100*****	-3,6	-6,0	-3,4	-3,5	-2,8	-4,1

*Método direto, por sexo e grupos etários de 10 anos, a partir de 20 anos de idade – padrão: ERJ, ano de 2000. ** DAC = Doença do Aparelho Circulatório. *** MRJ = Município do Rio de Janeiro; ERJ = Estado do Rio de Janeiro; MSP = Município de São Paulo; ESP = Estado de São Paulo; POA = Porto Alegre; ERS = Estado do Rio Grande do Sul. **** Defas = Defasagem em anos (máxima: 31 anos), otimizada segundo o coeficiente de correlação de Pearson. ***** CoefCorr = Coeficiente de correlação de Pearson entre Doença e PIB per capita. ***** R/100 = Coeficiente de inclinação da regressão entre a dependente Doença e a independente PIB per capita, multiplicada por 100 reais.

realizado em unidades geográficas menores, os municípios do Estado do Rio de Janeiro, também foi demonstrado que o incremento no PIBpc, utilizando como base monetária de cálculo 100 dólares, foi observado que o incremento de 100 dólares no PIBpc nos municípios do Estado do Rio de Janeiro

correlacionou-se com uma redução média de 20 óbitos por 100 mil habitantes com defasagem temporal ótima pouco superior a 20 anos e com coeficientes de correlação também elevados.³⁶ (Figura1)

Considerando o Índice de Desenvolvimento Humano

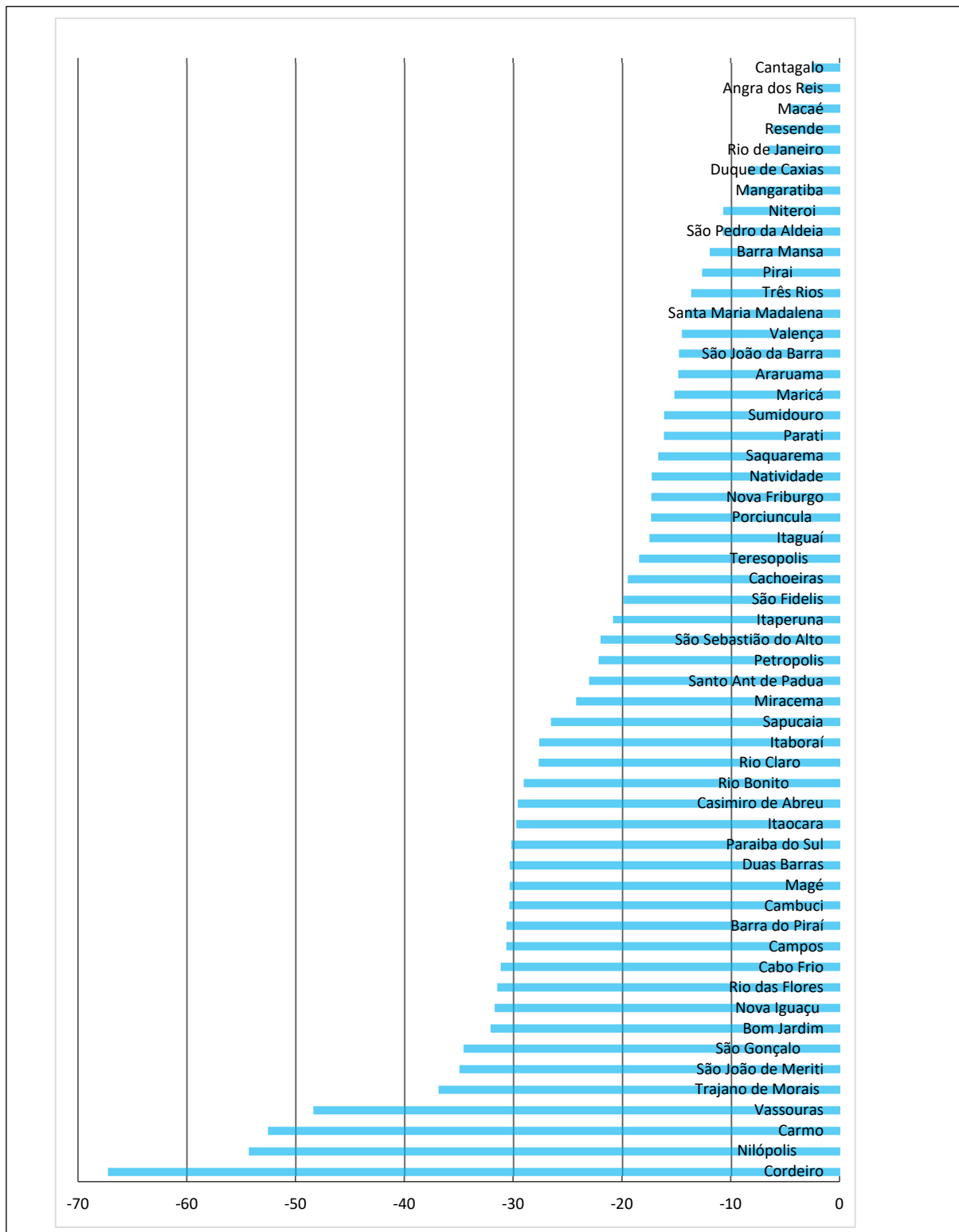


Figura 1. Variação dos óbitos por Doenças Cardiovasculares a cada 100 dólares de Incremento no PIB* per capita nos agregados municipais do Estado do Rio de Janeiro de 1979 a 2010.³⁶ (*PIB – Produto Interno Bruto)

demonstrou-se que a redução nas taxas de mortalidade por DAC, DCBV e DIC no Estado do Rio de Janeiro de 1979 a 2010 foi precedida por elevação no IDH, com números bem expressivos pois o incremento de 0,1 ponto no IDH correlacionou-se com reduções de 53,5 óbitos por DCV, 30,2 por DCBV e 10,0 por DIC, evidenciando que melhorias socioeconômicas precederam a queda da mortalidade pelas doenças cardiovasculares. Estas correspondem a quase metade dos óbitos por causas endógenas, excluídas as causas externas e mal definidas, nos adultos.³⁷ (Figura 2)

A relação entre desenvolvimento econômico e mortalidade é evidente, e ao elevar os padrões de vida da população, nota-se reduções das taxas de mortalidade por qualquer causa, sejam as infecciosas, sejam as crônico-degenerativas.⁴⁰ A explicação é multifatorial, e passa pelo maior cuidado com a saúde, maior parcela da população com acesso aos cuidados secundários e terciários, adoção de hábitos mais saudáveis de vida, ambiente de vida mais saudável na infância e na adolescência, melhor qualidade de habitação, entre outros. Entretanto, ao atingir certo patamar de PIB *per capita*, maiores incrementos exercem pouco efeito sobre a saúde da população mais rica e outros fatores parecem se tornar mais influentes nas taxas de mortalidade, em especial a desigualdade.^{29,35}

O Brasil é um país em desenvolvimento e este vem ocorrendo de forma desigual em suas regiões, de maneira que é possível encontrar IDHM bastante diferentes dentro do território nacional. Diante disso, não é surpreendente encontrar diferentes padrões nas taxas de mortalidade por DAC, e por doenças infecciosas, entre as regiões e ainda, na mesma região, de acordo com a doença avaliada.

Outro exemplo dos determinantes sociais afetando as doenças cardiovasculares e infecciosas é a infecção pelo novo coronavírus ou SARS-CoV-2, declarada pandemia pela Organização Mundial de Saúde em 11 de março de 2020.⁴¹ Afetou 12.993.931 pessoas em todo o mundo, resultando em 569.792 óbitos até a data de 12 de julho de 2020. No Brasil, considerado hoje o epicentro da epidemia, entre 17 de março a 22 de maio de 2020, houve número maior de óbitos nas capitais do Norte, Nordeste e Sudeste, especialmente em São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza, Recife, Belém e Manaus, com menor ocorrência de notificação de óbitos nas capitais do Sul e Centro-Oeste, e nos municípios do interior das UF. A região Norte com menor disponibilidade de médicos, enfermeiros e leitos de UTI,

teve maior aumento de notificação de óbitos, maior percentual de óbitos em domicílio, excesso percentual de notificação de óbitos por COVID-19, aumento percentual de óbitos por AVC e por causas inespecíficas, com menor diminuição percentual de notificação por IM, provavelmente refletindo o colapso do sistema de saúde para o atendimento da população durante a pandemia. (Tabela 2) A porcentagem de famílias de baixa renda que vivem em moradias subnormais, com maior número médio de indivíduos por domicílio, é mais elevado nas áreas do norte e nas favelas do Rio de Janeiro, que também têm maior percentual de indivíduos de etnia negra e parda.⁴²

As recomendações para os Indicadores socioeconômicos e risco CV estão listadas na Tabela 3.⁴³

CONCLUSÕES

São necessários estudos que relacionem as taxas de mortalidade com indicadores socioeconômicos de cada região. Estas relações são cada vez mais evidentes e indicam que se dê mais ênfase na melhoria das condições de vida das populações, a fim de reduzir a morbi-mortalidade cardiovascular de forma mais consistente e eficaz do que apenas com os programas verticais de controle isolado dos fatores de risco clássicos cardiovasculares: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidade e tabagismo. Há que se modificar, portanto, o paradigma para o controle das doenças cardiovasculares. Programas de desenvolvimento socioeconômico deverão ser a base das políticas para este controle. As reduções das taxas de mortalidade por DIC e por DCBV não dependem apenas do setor de saúde, mas também de políticas sociais que incluam acesso a educação, emprego, redução dos riscos ambientais e proteção contra o empobrecimento evolutivo.

Nas últimas décadas houve importante redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, especialmente das doenças cerebrovasculares, esta foi precedida por períodos de elevação na escolaridade, no Produto Interno Bruto *per capita* e do Índice de Desenvolvimento Humano e por redução das taxas de mortalidade infantil, demonstrando importante correlação destes indicadores com a redução da mortalidade, sinalizando a importância na melhoria das condições de vida da população para se reduzir a mortalidade cardiovascular.

Os planos de ação para a redução da mortalidade por DAC devem incluir, além de medidas já adotadas no Pacto Nacional,⁴⁸ medidas que tenham por objetivo a redução das desigualdades entre as regiões brasileiras. Estas sim, talvez sejam as medidas que tenham impacto mais efetivo e duradouro nos padrões epidemiológicos destas doenças. A pandemia pela COVID-19 acentuou ainda mais essas desigualdades sociais, colocando a mostra a necessidade de reestruturação do sistema de saúde em sua acepção ampla que envolve estado de completo bem-estar físico, mental e social, que perpassa outros setores da sociedade como os aspectos socioeconômicos culturais.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

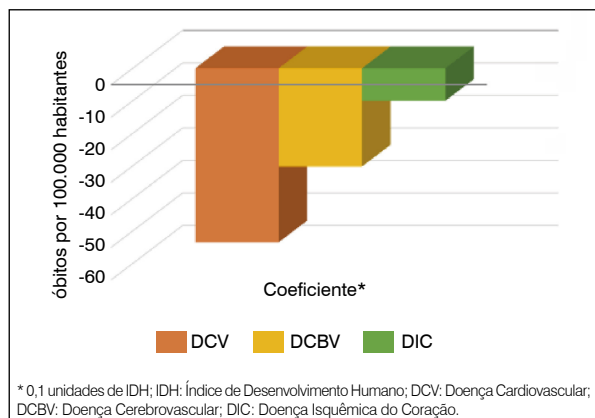


Figura 2. Coeficiente de regressão linear* entre DCV, DCBV e DIC de 1991, 2000 e 2010 com IDH defasado por dois censos - Municípios do Rio de Janeiro.³⁷

Tabela 2. Descrição dos óbitos por COVID-19, por causas cardiovasculares específicas e inespecíficas, indicadores relacionados com esses óbitos, nas Regiões Geográficas do Brasil, em 2019 e 2020. ⁴¹

Indicador	Brasil	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
População, 2019	210.147.126	16.297.074	57.071.654	18.430.980	88.371.433	29.975.984
População, 2020	211.755.692	16.504.303	57.374.243	18.672.591	89.012.240	30.192.315
Leitos de UTI, 2019	31913	2933	6199	1492	16768	4521
Leitos de UTI, 2020	63033	5599	13004	3473	32547	8410
Médicos, 2020	408.592	32.141	74.446	18.903	216.564	66.538
Enfermeiros, 2020	568.281	49.038	147.930	42.836	258.416	70.061
Total de óbitos, 2019	68743	5041	17013	6408	34393	5888
Taxa total de óbitos, 2019	32,7	30,9	29,8	34,8	38,9	19,6
Total de óbitos, 2020	93439	4400	24875	12584	45927	5653
Taxa total de óbitos, 2020	44,1	26,7	43,4	67,4	51,6	18,7
Excesso de óbitos	24696	-641	7862	6176	11534	-235
Excesso de óbitos (%)	35,9	-12,7	46,2	96,4	33,5	-4,0
Óbitos por COVID-19	20740	138	6510	3056	10837	199
Excesso- Óbitos por COVID-19	3956	-779	1352	3120	697	-434
Excesso - Óbitos por COVID-19 (%)	5,8	-15,5	7,9	48,7	2,0	-7,4
Total Óbitos CV, 2019	13072	815	3270	1236	6714	1037
Total Óbitos CV, 2020	13690	720	3370	1664	6984	952
Diferença no Total de Óbitos CV	618	-95	100	428	270	-85
Diferença no Total de Óbitos CV (%)	4,7	-11,7	3,1	34,6	4,0	-8,2
Óbitos por SCA, 2019	5471	294	1243	407	3160	367
Óbitos por SCA, 2020	4365	245	897	483	2469	271
Diferença de óbitos por SCA	-1106	-49	-346	76	-691	-96
Diferença de óbitos por SCA (%)	-20,2	-16,7	-27,8	18,7	-21,9	-26,2
Óbitos por AVC, 2019	3896	221	1143	456	1681	395
Óbitos por AVC, 2020	3771	156	1051	521	1653	390
Diferença de óbitos por AVC	-125	-65	-92	65	-28	-5
Diferença de óbitos por (%)	-3,2	-29,4	-8,0	14,3	-1,7	-1,3
Óbitos por CV inespecíficas, 2019	3705	300	884	373	1873	275
Óbitos por CV inespecíficas, 2020	5554	319	1422	660	2862	291
Diferença óbitos por CV inespecíficas	1849	19	538	287	989	16
Diferença óbitos por CV inespecíficas (%)	49,9	6,3	60,9	76,9	52,8	5,8

Tabela 3. Indicadores socioeconômicos e risco cardiovascular, segundo a diretriz de Prevenção*.

Recomendação	Classe	Nível de evidência	Referências
Os indicadores socioeconômicos devem ser investigados na avaliação clínica e considerados na abordagem do paciente para melhorar a qualidade de vida e o prognóstico das doenças do aparelho circulatório.	IIb	B	44-47

*Diretriz de Prevenção da Sociedade Brasileira de Cardiologia.⁴²

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Fact Sheets. Cardiovascular Disease. 2017. Disponível em: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Med J.* 2017;135(3): 213-21.
- Lobo LAC, Canuto R, Costa JD, Patussi MP. Time trend in the prevalence of systemic arterial hypertension in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(6):e00035316.
- Beltran-Sánchez H, Andrade FCD. Time trends in adult chronic disease inequalities by education in Brazil: 1998–2013. *Int J Equity Health.* 2016;15:139.
- Marques MV, Amador AE, Nunes ADS, Barbosa IR. Chronic non-communicable diseases: mortality profile in Natal-RN in the period 2000-2014. *R Epidemiol Control Infec.* 2017; 7(4):246-53.
- Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva: World Health Organization. 2018.
- Nowbar AN, Gitto M, Howard JP, Francis DP, Al-Lamee R. Mortality From Ischemic Heart Disease. Analysis of Data From the World Health Organization and Coronary Artery Disease Risk Factors From NCD Risk Factor Collaboration. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2019;12(6):e005375.
- Prata PR. The Epidemiologic Transition in Brazil. *Cad Saúde Públ.* 1992;8(2): 168-75.
- Yunes J, Ronchezel VSC. Evolução da Mortalidade Geral, Infantil

- e Proporcional no Brasil. *Rev Saúde Públ.* 1974; 8(supl): 3-48.
10. Lolio CA, Lotufo PA, Lira AC, Zanetta DMT, Massad E. Tendência da mortalidade por doença isquêmica do coração nas capitais de regiões metropolitanas do Brasil, 1979-89. *Arq Bras Cardiol.* 1995;64(3):213-16.
 11. Heuveline P, Guillot M, Gwatkin DR. The uneven tides of the health transition. *Soc Sci Med.* 2002;55(2):313-22.
 12. Townsend N, Nichols M, Scarborough P, Rayner M. **Cardiovascular disease in Europe - epidemiological update 2015.** *Eur Heart J.* 2015; 36(40):1-10.
 13. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, et al. **Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.** *Lancet.* 2015;386(10010): 2287-323.
 14. Bauer RA. Social Indicators and Sample Surveys. *Public Opinion Quarterly.* 1966;30(3):339-52.
 15. Lima DA. Indicadores sociais selecionados para o RS. Porto Alegre: FEE. (Série Delta, Doe. Interno FEE). 1992.
 16. Costanza R, Hart M, Posner S, Talberth J. *Beyond GDP: The Need for New Measures of Progress.* Boston University: The Pardee Papers. 2009;4:1-46.
 17. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – Brasil. Disponível em www.pnud.org.br.
 18. United Nations Development Programme. *Human Development Reports.* Disponível em www.undp.org.
 19. Klugman J, Rodríguez F, Choi HJ. The HDI 2010: New Controversies, Old Critiques. *J Econ Inequal.* 2011;9:249-88.
 20. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil – Atlas Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em julho, 2020.
 21. United Nations Development Programme. *Human Development Reports.* Disponível em: <http://hdr.undp.org/en>. Acesso em julho, 2020.
 22. Clark AM, DesMeules M, Luo W, Duncan AS, Wielgosz A. Socioeconomic status and cardiovascular disease: risks and implications of care. *Nat Rev Cardiol.* 2009;6:712-22.
 23. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. *Curr Probl Cardiol.* 2010;35(2):72–115.
 24. Kreatsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol.* 2010;26(Suppl C August/September):8C-13C.
 25. Wu SH, Woo J, Zhang X. Worldwide socioeconomic status and stroke mortality: an ecological study. *Int J Equity Health.* 2013;12(42):1-11.
 26. Beaglehole R, Reddy S, Leeder SR. Poverty and human development: The global implications of cardiovascular disease. *Circulation.* 2007;116(17):1871-73.
 27. Zhu K, Wang Y, Zhu J, Zhou Q, Wang N. **National prevalence of coronary heart disease and its relationship with human development index: A systematic review.** *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23(5):530-43.
 28. Curioni C, Cunha CB, Veras RP, André C. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2009;25(1):9-15.
 29. Wilkinson RG, Pickett K. **O nível: Porque uma sociedade mais igualitária é melhor para todos.** Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 2015.
 30. Mathan, K, Kumar PM, Panchatcharam P, Manogaran G. **A novel Gini index decision tree data mining method with neural network classifiers for prediction of heart disease.** *Des Autom Embed Syst.* 2018;22: 225–42.
 31. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqc01.htm>. Acesso em: 30/06/20
 32. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Presidência da República Federativa do Brasil. Disponível em: www.ipeadata.gov.br.
 33. Godoy MF, Lucena JM, Miquelin AR, Paiva FF, Oliveira DLQ, Augustin Jr. JL, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(2): 200-06
 34. Labonté R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health. Introduction and methodologic background (part 1 of 3). *Global Health.* 2007: 19: 3-5
 35. Soares GP, Brum JD, Oliveira GMM, Klein CH, Souza e Silva NA. Evolução de indicadores socioeconômicos e da mortalidade cardiovascular em três estados do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(2): 147-56.
 36. Soares GP, Klein CH, Souza e Silva NA, Oliveira GMM. **Evolution of Mortality from Diseases of the Circulatory System and of Gross Domestic Product per Capita in the Rio de Janeiro State Municipalities.** *Int J Cardiovasc Sci.* 2018; 31 (2):123-32.
 37. Soares GP, Klein CH, Souza e Silva NA, Oliveira GMM. **Evolução da Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório e do Índice de Desenvolvimento Humano nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro.** *Arq Bras Cardiol.* [online]. 2016;107(4):314-22.
 38. Yunes J, Ronchezel VSC. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. *Rev Saúde Pública* [online]. 1974;8(suppl):3-48.
 39. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf
 40. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L, et al. Cardiovascular Risk and Events in 17 Low, Middle, and High-Income Countries. *N Engl J Med.* 2014;371:818-27.
 41. **World Health Organization. WHO. Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 3 July 2020.** [Internet]. [Cited in 2020 March 21] [Epub ahead print]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/whodirector-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19>. *Lancet Infect Dis.* 2020; pii:S1473-3099(20):30120-1.
 42. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. **Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study.** *Lancet Glob Health.* 2020.[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0).
 43. Prêcoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. **Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019.** *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(4):787-891
 44. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. **2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts).** *Eur Heart J.* 2016;37:2315–81.
 45. Woodward M, Brindle P, Tunstall-Pedoe H; SIGN group on risk estimation. Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: the ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC). *Heart.* 2007;93(2):172-76.
 46. Albert MA, Glynn RJ, Buring J, Ridker PM. Impact of traditional and novel risk factors on the relationship between socioeconomic status and incident cardiovascular events. *Circulation.* 2006;114(24):2619-26.
 47. Alter DA, Franklin B, Ko DT, Austin PC, Lee DS, Oh PI, et al. Socioeconomic status, functional recovery, and long-term mortality among patients surviving acute myocardial infarction. *PLoS One.* 2014;8:e65130
 48. Malta DC, Morais Neto OL, Silva JB Jr. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde.* 2011; 20:425–38.

PSICOLOGIA POSITIVA E PRÁTICAS MEDITATIVAS: DESAFIOS PARA O CARDIOLOGISTA

POSITIVE PSYCHOLOGY AND MEDITATIVE PRACTICE: CHALLENGES FOR THE CARDIOLOGIST



Clique para acessar
o Podcast

Eduardo Martins Balthazar¹

1. ICcor - Instituto de Cardiologia
Comportamental. Foz do Iguaçu,
PR, Brasil

Correspondência:
Eduardo Martins Balthazar.
Av. Pedro Basso, 472. sala 407.
Jd. Polo Centro. Foz do Iguaçu,
PR, Brasil. CEP 85863756.
eduardo@iccor.com.br

RESUMO

O aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) no Brasil e no mundo tem chamado a atenção da comunidade médica e científica. A correlação entre fatores de risco psicossociais e aumento do risco cardiológico abriu as fronteiras das doenças emocionais como uma das possíveis causas, levando a novas abordagens dentro da Cardiologia preventiva, especificamente no que se refere às emoções. O eixo HPA - hipotálamo-pituitária-adrenal, modulador do estresse, pode permanecer ativado por muito tempo, gerando uma cascata de efeitos metabólicos no indivíduo e aumentando os riscos cardiológicos. Traços do temperamento também parecem se relacionar, a longo prazo, com a doença cardíaca. É neste contexto que a Psicologia Positiva e as práticas meditativas começam a ganhar protagonismo na prevenção cardiovascular *integral*, através de elementos como o relaxamento psicofisiológico, a desativação do sistema HPA e o restabelecimento de um padrão de homeostase metabólica, associado às medidas gerais de prevenção já conhecidas: atividades físicas regulares, não fumar, peso adequado, alimentação saudável. Os desafios que se inserem neste novo modelo de abordagem são paradigmáticos. O referencial do cardiologista, a empatia e a visão de conjunto do médico diante do espectro integrativo da doença cardiovascular podem contribuir para que o tratamento padrão, hoje considerado de ponta no mundo inteiro, seja aliado de práticas integrativas que, em conjunto, busquem de fato a diminuição nas mortes cardiovasculares.

Descritores: Cardiologia; Psicologia; Meditação; Interdisciplinaridade; Empatia.

ABSTRACT

The increase in mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and worldwide has attracted the attention of the medical and scientific community. The correlation of psychosocial risk factors and increased cardiovascular risk has opened the frontiers of emotional illnesses as one of the possible causes, leading to new approaches within preventive cardiology, specifically with regard to the emotions. The hypothalamus-pituitary-adrenal axis (HPA axis), a stress modulator, can remain activated for a long period of time, generating a cascade of metabolic effects in the individual and increasing the cardiological risks. Temperament traits also appear to be related to heart disease over the long term. It is in this context that Positive Psychology and meditative practices gain prominence in integral cardiovascular prevention, through elements such as psycho-physiological relaxation, deactivation of the HPA system and the reestablishment of a pattern of metabolic homeostasis, associated with already known general preventive measures: regular physical activities, not smoking, adequate weight, and a healthy diet. The challenges that this new approach model brings are paradigmatic. The cardiologist's paradigm, empathy, and the overall view of the doctor faced with the integrative spectrum of cardiovascular disease can contribute to the standard treatment, now considered cutting edge worldwide, being combined with integrative practices that together, are aimed at decreasing cardiovascular deaths.

Keywords: Cardiology; Psychology; Meditation; Interdisciplinarity; Empathy.

INTRODUÇÃO

Nos EUA, segundo o CDC - Centro de Prevenção e Controle de Doenças, gasta-se por ano em torno de \$213,8 bilhões de dólares no tratamento das doenças cardíacas e do

acidente vascular cerebral (AVC).¹ No Brasil, só em 2015, os custos alcançaram R\$37,1 bilhões de reais.² Apesar das novas tecnologias aplicadas tanto em dispositivos artificiais quanto na terapêutica medicamentosa demonstrarem o avanço

mundial da Cardiologia, segundo o site cardiometro.com.br, mesmo com este importante aumento dos investimentos, o número de mortes por doenças cardiovasculares no Brasil vem aumentando desde 2005.³ Os dados previstos para 2018, ainda a serem publicados pelo site, sugerem ultrapassarmos pela primeira vez a marca das 400 mil mortes no país. Tal condição insere o Brasil entre os 10 países com maior taxa de óbitos no mundo.⁴ A grande maioria destas mortes são consequência da atuação dos fatores de risco cardiológicos, em grande parte ignorados pela população.⁵

A prevenção cardiovascular tem se tornado o grande desafio da Cardiologia no Brasil e no mundo, principalmente na abordagem emocional aos fatores de risco psicossociais. A associação da Psicologia Positiva com a Cardiologia surge como nova e promissora abordagem para o paciente, seja ele cardiopata em tratamento ou portador dos fatores de risco psicossociais e/ou cardiológicos, na condição de pré-cardiopata.

As práticas meditativas também têm sido comprovadas como benéficas no contínuo do envelhecimento natural, levando à prevenção de doenças e à promoção de maior saúde e ânimo cardiovascular. Estudos publicados em revistas científicas conceituadas e a própria literatura cardiológica dedica-se a explicar os benefícios da meditação, entre outras práticas.^{6,7} Estes benefícios parecem levar ao principal objetivo *psico-preventivo*: desativar o eixo HPA - hipotálamo-pituitária-adrenal, diminuindo o efeito do estresse no sistema cardiovascular.

Este artigo se propõe a levantar os desafios do

cardiologista na aplicação da Psicologia Positiva e das práticas meditativas diante do espectro integrativo da doença cardiovascular (EIDCV). (Tabela 1)

O EIXO HPA: ELO DE CONEXÃO MENTE-CORAÇÃO

O estudo Interheart, publicado em 2004, trouxe para o cardiologista um grande desafio: considerar também os fatores de risco psicossociais no universo diário da prevenção cardiovascular.⁸ A combinação do estresse familiar e no trabalho, estresse financeiro, eventos estressores na vida em geral, depressão e baixo *locus* de controle demonstrou um risco atribuível à população de 32% (22% a 35%). Além do estresse propriamente, a maneira de pensar e as emoções, como a raiva e a hostilidade, parecem influenciar na fisiopatologia da doença coronariana.⁸

O eixo modulador do estresse Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) e sua relação direta com o córtex pré-frontal (CtxPF) estabelece um dos elos da conexão mente-coração.⁹ O sistema HPA é responsável pelas seguintes alterações fisiológicas, mediada por estresse, no sistema cardiovascular: aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da demanda miocárdica de oxigênio; vasoconstricção, disfunção endotelial, ativação plaquetária, arritmias, inflamação, resistência insulínica e disfunção autonômica.¹⁰

Um dos exemplos mais marcantes desta interferência direta do sistema HPA na fisiopatologia do estresse e da doença cardíaca é a Síndrome de Takotsubo. Tanto a miocardiite quanto o vasoespasm coronariano da Takotsubo,

Tabela 1. Espectro Integrativo da doença cardiovascular. Correlação da faixa etária com as fases da doença cardíaca, eventos cardiológicos, fatores de risco psicossociais (FRPS), terapêuticas padrão/integrativa, saldo e reversibilidade.

Espectro Integrativo da Doença Cardiovascular - EIDCV						
Momento	α			β		
Faixa Etária	Infância	Adulto jovem (20-40) e meia idade (40-59)		3a e 4a idades (60-85)		
Fase	Construção dos Modelos Mentais - Mindsets	Início dos Fatores de Risco	Início da Doença Cardiovascular	Progressão da Doença Cardiovascular	Doença Cardiovascular Avançada	Fase Terminal da DCV / Falência Cardíaca
Eventos	Traumas, maus tratos, privação afetiva, <i>mindset</i> fixo distorções axiológicas, distúrbios emocionais, obesidade infantil, <i>foam cell</i>	Sedentarismo, workaholismo, tabagismo, alimentação ruim, obesidade, inflamação, Insuficiência Cardíaca A	Hipertensão, (pré-)Diabetes, dislipidemia, aterosclerose, inflamação, Insuficiência Cardíaca - A/B, CF I-II	Infarto, AVC - Acidente vascular cerebral, HAS/DM-iD/ Dislipidemia avançadas, Insuficiência Cardíaca B/C, CF II-III	Insuficiência Cardíaca C - CF III, Reinfarto, novo-AVC - Acidente vascular cerebral, HAS/DM-iD/ Dislipidemia avançadas,	Insuficiência Cardíaca D - CF IV
FRPS	Estresse, Ansiedade, Depressão, Traços de Personalidade (raiva, hostilidade)					
Terapêutica Padrão	Psicologia infantil, Cardiopediatria, Nutrição	Cardiologia Clínica, Check Ups, Nutrição	Cardiologia clínica, Check-Ups, Nutrição	Hemodinâmica, Cirurgia Cardiovascular, Eletrofisiologia, Cardiologia Clínica, SM*	Hemodinâmica, Cirurgia Cardiovascular, Eletrofisiologia, Cardiologia Clínica, SM*	Transplante Cardíaco, Cirurgia Cardiovascular, Cardiologia Clínica, *SM
Terapêutica Integrativa	Mindset de Crescimento, Otimismo, Engajamento, Sentido, Realização, Relacionamentos positivos, Escala de Valores (Axilogia), Agenda de Saúde, Práticas Meditativas, TCC					
Saldo Terapêutico	Mudança de Hábitos / Reeducação (infantil / Andragogia) / Novo Estilo de Vida					
Reversibilidade	Reversível	Reversível	Reversível	Irreversível	Irreversível	Irreversível

TCC = Terapia Cognitivo-Comportamental; PM = Práticas Meditativas; *SM = Suporte Multiprofissional (Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Enfermagem, home care). α = período reversível da doença cardiológica; β = período de instalação da doença irreversível. Setas coloridas = presença, progressão e influência dos fatores de risco psicossociais na gênese e evolução da doença cardíaca, desde a infância. Setas coloridas = progressão da doença cardiológica para insuficiência cardíaca (a via final das comorbidades cardiológicas), dos estágios A ao D. Setas verde = Regressão e mudança dos hábitos nosográficos a partir da terapêutica integrativa. Setas azul = evolução para a efetiva mudança de hábitos e reeducação perene. Setas azul clara = limitação ao acesso à terapêutica integrativa.

que mimetiza os vários sinais do infarto agudo do miocárdio (alterações no ECG compatíveis com infarto, marcadores e clínica de precordialgia típica), são evidências objetivas e nosográficas da complexa subjetividade por trás dos picos de cortisol, adrenalina e noradrenalina do sistema HPA.

O estresse de causa exógena também é preditor da doença cardiovascular, por exemplo, em períodos de guerra. Durante os 17 dias de bombardeio, Tel Aviv registrou importante aumento no número de infartos durante a guerra contra o Iraque, de 8 a 25 de janeiro de 1991.¹¹ Outra correlação do estresse com a DCV pode advir da infância: o abuso sofrido por crianças é preditivo de inflamação (elevação da proteína C reativa ultrasensível) na vida adulta, mesmo depois da correção para outros cofatores de risco.¹²

O eixo HPA é apenas uma das *via eferentes* do estresse no corpo. O estresse gerado agudamente tipo *luta-fuga* é mediado pelos nervos simpáticos pré-ganglionares da medula tóraco-lombar, que estimula, em milésimos de segundos, a produção suprarrenal de adrenalina, diferente do estresse psíquico, que tem uma resposta suprarrenal mais lenta, mediada não por um reflexo medular, mas pelo sistema HPA.⁹ Durante o estresse, o córtex pré-frontal é inibido bioquimicamente, o que explica o fato dos psicólogos trabalharem com os pacientes a perda da racionalidade diante de alterações emocionais, como no estresse gerado por medo e pânico.

As causas do estresse são objeto de pesquisa e trabalho da Psicologia. Porém, cada vez mais, a Cardiologia começa a entrar de maneira inevitável no mundo psíquico do paciente, a fim de evitar eventos fatais e não fatais, mediados pelo estresse e doenças emocionais. Os fatores psicológicos desempenham importante fator de risco ou proteção na doença cardíaca.¹³

A PSICOLOGIA POSITIVA NO UNIVERSO DA CARDIOLOGIA

Em 1997, Martin Seligman começou a publicar suas ideias sobre Psicologia Positiva. Anteriormente conhecida como Felicidade Autêntica (obra publicada em 2003), ele atualizou sua teoria no livro *Florescer*, publicado em 2011.¹⁴

Segundo Seligman, o bem-estar é um construto; e é o bem-estar, não a felicidade, o tema da psicologia positiva. O bem-estar possui cinco pilares mensuráveis: emoção positiva, engajamento, relacionamentos, sentido e realização. No último *guideline* europeu de prevenção em doença cardiovascular, a terapia psicológica associada à intervenções comportamentais, educação integrativa em saúde e exercícios físicos ganhou nível de recomendação IA.¹⁵

Os cinco pilares da Psicologia Positiva podem ser incorporados pelo cardiologista no cotidiano dos atendimentos e avaliações cardiológicas, seja no consultório ou no hospital.

A emoção positiva, descrita por Seligman como a vida agradável, pode ser mensurada, no dia a dia, pelo nível de otimismo. A pessoa otimista tem, em si, emoções e uma forma positiva de ver a vida. Vários estudos começam a trazer a realidade e o impacto de uma vida mais otimista, e portanto agradável, na saúde cardiovascular. Por exemplo, num estudo prospectivo de 70.021 mulheres idosas, acompanhadas por oito anos, as mulheres no quartil mais alto de otimismo tiveram 38% de redução no risco de mortalidade por doença cardíaca (95% IC: 0,50 A 0,76) e 39% de redução do risco

de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (95% IC: 0,43 a 0,85) após ajustes para fatores sociodemográficos.¹⁶ Quando o paciente já apresenta quadros de estresse, ansiedade ou depressão, a situação instalada na mente do paciente já pode ter afastado a vida agradável, o otimismo e o afeto positivo outro elemento atual do bem-estar. O diagnóstico do otimismo pode ser feito, segundo Kubzanski, por estas duas perguntas: você espera que coisas boas poderão acontecer com você no futuro? Como você acha que estará sua saúde no futuro? A emoção positiva é encontrada nas pequenas coisas, e se assenta num auto-referencial de afeto positivo: gostar de si. Este é um ponto chave a ser estimulado no paciente.

A emoção positiva também parece se relacionar com a escala de valores pessoais, pois presume-se que, quem gosta de si se dá o devido valor. A Axiologia é o ramo da Filosofia que estuda os valores. A emoção positiva, o gostar de si e da vida, implica um nível de priorização onde, implicitamente, o paciente faz escolhas considerando o valor que dá a si mesmo. A vida é o valor primário, essencial. A saúde é o valor que sustenta a vida. Depois destes dois valores magnos, surgem os demais: educação, família, sobrevivência (trabalho), sociabilidade entre muitos outros. A maioria dos pacientes permite a instalação de fatores de risco psicossociais devido à inversão de valores, por exemplo: colocar a sobrevivência (o trabalho) na frente da vida e da saúde. Consequência desta distorção é a ausência da própria pessoa em sua agenda pessoal: não há horário para exercícios físicos, mas o trabalho e outras atividades sociais ocupam 100% da agenda.

Engajamento e emoção positiva, segundo Seligman, continuam sendo os dois elementos de maior subjetividade. Ao contrário dos consultórios de Psicologia, onde perguntas indiretas são feitas como você já teve a sensação de que o tempo parou?, ou ficou completamente absorvido pela tarefa?, nos consultórios de cardiologia são comuns os pacientes chegarem na condição oposta ao engajamento. São mulheres, por exemplo, que se aposentam para ser mãe aos 30 anos, e deixam a profissão, não raro super especialistas em suas áreas, ou do paciente de meia idade que se aposenta aos 50 anos, e passa a ficar em casa. A falta de engajamento social, a perda do senso de propósito (*lack of sense of purpose*), ausência da rotina útil, de se sentir útil e ter um papel social, é sabidamente um fator estressante, onde pode estar a origem da depressão e da ansiedade, e portanto, da gênese do risco cardiovascular.¹⁷

Este pilar traz profunda relação com a obra do psiquiatra vienense Viktor E. Frankl. Fundador da Logoterapia (logos definido como significado), durante o nazismo, Frankl foi enviado a Auschwitz, onde recebeu a tatuagem número 119.104.¹⁸ Autor de *Em Busca de Sentido* - mais que um caderno de anotações, um registro psicológico de Auschwitz, dentre várias outras obras e artigos, para Frankl o sucesso, como a felicidade, não pode ser perseguido; ele deve acontecer, e só tem lugar como efeito colateral de uma dedicação pessoal a uma causa maior que a pessoa, ou como subproduto da renúncia pessoal a outro ser. A certeza de que a vida vale a pena em função de uma causa maior, minimiza o estresse, traz conforto e diminui a dor diante das adversidades e das doenças. É o que vem confirmando estudos na área da espiritualidade: a espiritualidade está afeita a questões sobre o

significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados.¹⁹

As conquistas e vitórias durante a vida, segundo Seligman, fazem parte do bem-estar, e são independentes de sentido e emoção positiva. As pessoas mais autoconfiantes, conquistam tal condição com as pequenas vitórias no dia-a-dia. A astenia e a pusilanidade, associado ao sedentarismo, por exemplo, podem mostrar a falta da capacidade de realização na vida. Exemplos destes sintomas vê-se frequentemente nos casos de Fibromialgia. Os pacientes relatam sedentarismo com alterações de humor. Grande parte, se questionados sobre resultados pessoais, realizações e desafios entre outros, mostram-se complacentes, culpam outras pessoas, e não raro, começam a chorar no consultório. Por outro lado, os pacientes que começam exercícios físicos regulares, em pouco tempo, tem suas dores diminuídas, além de um resgate gradual da autoconfiança. A prescrição de exercícios físicos podem ser, na Cardiologia, técnica de superação para a ausência de realização, através do incentivo e da motivação constante do cardiologista para pequenos desafios, diariamente.

Neste quesito, Seligman cita Christopher Peterson, um dos fundadores também da Psicologia Positiva, quando lhe foi solicitado para resumir em duas ou três palavras, do que se trata a Psicologia Positiva: das outras pessoas.¹⁴ De fato, os resultados, as realizações, o engajamento, e qualquer situação de bem-estar na vida, é comum haver alguém envolvido, mas nem sempre. Seria importante reforçar que o bem-estar tem um componente individual, íntimo - deitar na cama e sentir-se em paz antes de dormir, porém ele associa-se também ao meio, à outras pessoas. Bem poucas coisas positivas são solitárias, segundo Seligman. A falta de network, de suporte funcional, a solidão, e um limitado senso de suporte emocional aumentam o risco de eventos cardíacos.¹⁷

Nas abordagens e direcionamento da consulta cardiológica, surge o desafio de não transformar o ambiente de consultório cardiológico numa sessão de terapia. Para isso, é preciso o cuidado empático de perceber os limites estabelecidos pelo próprio paciente por um lado, e por outro ter ciência que o cardiologista não é psicólogo, nem a consulta médica tem este fim. Portanto, trata-se de um senso de envolvimento e empatia do médico com as reais causas que estão levando aquele paciente para determinados fatores de risco psicossociais (estresse, depressão, ansiedade) sabidamente relacionados com a doença cardíaca. O encaminhamento para psicólogos pode ser rotina a partir da percepção do médico sobre sintomas depressivos, ansiogênicos ou de estresse relevante.

Eis cinco atividades relacionadas à Psicologia Positiva que poderão ser propostas pelo cardiologista conforme anuência tácita do paciente:¹⁶

1. Otimismo. Escreva em detalhes, para o próximo ano, o melhor futuro possível relacionado a sua saúde, a partir de agora, e como isso poderia ser realizado.
2. Gratidão. Após explicar sobre a importância da gratidão, escreva uma carta de gratidão a outra pessoa.
3. Auto-eficácia. Considere um sucesso anterior alcançado por você e as características pessoais que o levaram a este sucesso. Identifique esta habilidade e foque agora em um novo objetivo de saúde.

4. Afeto Positivo. Agende atividades prazerosas e tire proveito de eventos positivos para curtir ou compartilhar com os outros.
5. Senso de Objetivo. Após discutir sobre a relevância de um propósito de vida, escreva sobre seu legado nesta vida e os passos para alcançar tais objetivos. Como as atividades relacionadas a saúde podem facilitar o alcance de suas metas de vida?

As distorções axiológicas podem ser mensuradas pelo o cardiologista através de uma pergunta bem simples, que, quando bem direcionada, pode impactar o paciente sedentário: quem é a pessoa mais importante do mundo para você? Os pacientes não cientes de suas respectivas escalas de valores costumam responder outros entes familiares (marido, esposa, pai, mãe ou filhos). Este padrão de resposta mostra a distorção axiológica, e cognitiva também. E explica casos comuns de mães que ficam em casa para cuidar da família toda, ou trabalham o dia inteiro para sustentá-la (mãe ou pai), sem inserir na própria agenda, por exemplo, tempo suficiente para se dedicar aos exercícios físicos. Sem mudar valores, estes chefes de família não chegarão aos exercícios, mas alcançarão facilmente os anti-depressivos e ansiolíticos. Um estudo de 2012, com 101 pacientes portadores de doença coronariana e depressão, mostrou que, após 16 semanas de avaliação, o grupo exercícios físicos apresentou melhora significativas dos sintomas depressivos, equivalente ao grupo com medicação (Sertralina). Nos pacientes com transtorno depressivo maior, os exercícios físicos foram mais efetivos em reduzir os sintomas quando comparados ao grupo Sertralina.²⁰

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA INFÂNCIA NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE CARDIOVASCULAR

A mente positiva na vida adulta implica o conhecimento da infância e dos modelos mentais atuais, os *mindsets*. *Mindset* é o *software* mental, o modelo de pensar e interagir com a realidade, traduzido pela opinião que a pessoa tem sobre si mesmo.²¹ Dweck descreve dois tipos fundamentais: *mindset* fixo, imutáveis e fechados para as experiências, com baixa capacidade de evolução a partir do erro ou do fracasso, e o *mindset* de crescimento, das pessoas abertas à experiências, e que interagem com a realidade gerando aprendizado e evolução, mesmo diante do erro e do fracasso.

O bem-estar na vida adulta é uma construção psicossocial com duas pontas: uma no presente, as escolhas atuais, e outra no passado, que remonta à infância e às adversidades vividas e suas consequências no presente. A prevenção cardiovascular tem no papel da educação na infância e da reeducação do adulto (Andragogia) um princípio fundamental: corrigir o temperamento infantil visando um futuro de maior qualidade cardiovascular no caso da criança, e os comportamentos de risco do adulto, comumente vistos na Cardiologia: alimentação ruim, tabagismo, sedentarismo, gerando múltiplas doenças conhecidas, como a obesidade, diabetes, hipertensão, dislipidemia entre outras, inclusive com desfechos fatais. Na grande maioria dos casos, há questões emocionais mal elaboradas por estes pacientes, e apenas falar o que é pra fazer torna-se um chover no molhado. Hoje sabe-se que as adversidades na infância, incluindo baixo nível cognitivo dos pais, baixa posição socioeconômica e

estrutura familiar adversa (conflitos familiares, alcoolismo em casa) é preditor de pior saúde psicológica na infância, adolescência e fase adulta.¹⁶

No famoso experimento do *marshmallow*, idealizado por Walter Mischel, da Universidade de Stanford, no final dos anos 60 e início dos anos 70, houve uma contribuição importante para o estudo do temperamento infantil. As crianças pré-escolares eram expostas à uma gratificação caso conseguissem esperar o pesquisador voltar à sala (um *marshmallow* ou um *pretzel*, ou os dois se conseguisse esperar). O objetivo era avaliar o atraso na gratificação do alimento e como as crianças reagiam à espera, um termo que ficou conhecido como auto-regulação.²²

Crianças com maior poder de auto-regulação, segundo Eisemberg a capacidade de inibir uma resposta dominante (um doce na hora) para realizar uma resposta subdominante (dois doces depois), tornam-se adultos mais equilibrados, sem riscos de degeneração para comportamentos sem limites.²³ Esta forma de se manifestar é insito do temperamento da criança. Vale lembrar que os psicólogos usam a expressão tendências temperamentais e não temperamento (em definitivo), justamente para não minimizar o poder da educação dos pais e dos estímulos na modulação e na mudança dos traços temperamentais biológicos da criança.²⁴ O papel da Andragogia na reeducação de hábitos pode ser o mesmo da educação infantil: estimular o paciente adulto na compreensão e posterior investimento na mudança do comportamento nosográfico.

Os *mindsets* gerados desde a infância podem ser barreiras para a mudança. *Mindsets* rígidos fazem o adulto ter determinadas certezas e convicções que são altamente estressantes no modo de lidar com a vida.²¹ O medo de errar, por exemplo, pode evoluir para o pânico paralisador ao se cometer algum erro mais crítico na vida.²⁵ Padrões rígidos de educação, privação afetiva na infância ou maus tratos, são elementos a serem considerados na gênese destes medos, e geram autocobranças excessivas e autculpas constantes. Tais *mindsets* rígidos são potencialmente ativadores do eixo-HPA, e possivelmente relacionados com um futuro de doenças cardiológicas.

PRÁTICAS MEDITATIVAS: O DESAFIO DA SUBJETIVIDADE

No campo das práticas meditativas, hoje compo no quadro das terapias médicas integrativas, nitidamente o médico se depara com um paradigma diferente, e um dos desafios é saber navegar em águas distintas. As diretrizes médicas e evidências científicas objetivas, e por isso mais fáceis de serem replicadas e confirmadas em estudos médicos multicêntricos, dão lugar ao papel da subjetividade e, por exemplo, do *sutil efeito* da meditação e das bioenergias (Reiki, *healing energy*, *passee espírita*), tema de estudos médicos que começam a gerar evidências científicas e objetivas.⁶ Para a *American Heart*, a meditação pode ser considerada um complemento razoável para a redução do risco cardiovascular.²⁶ Seguindo o propósito deste artigo, será dado ênfase às práticas meditativas, principalmente como estratégia de desativação do sistema HPA, e conseqüente relaxamento psico-neuro-hormonal, levando ao reestabelecimento do metabolismo homeostático, não-estressado.

A meditação, associada ou não à acupuntura, o *mindfulness*, os estados de catalepsia benignos, o uso das bioenergias e a autorelaxação psicofisiológica são técnicas aplicadas por milhares de pessoas em todo mundo, mas que começaram a despertar o interesse da Ciência devido a resultados promissores na prevenção cardiovascular, primária e secundária.

A meditação é um período de concentração em uma frase, ou palavra, o mantra. Hoje já se tem evidências importantes do papel da meditação na prevenção e melhora da doença cardiovascular. Em pacientes idosos portadores de insuficiência cardíaca, por exemplo, as práticas meditativas diminuem a produção de catecolaminas, melhorando a qualidade de vida.⁷

Um dos estágios da meditação mais profundos, chamado 4º estágio de consciência, diferente do sono, sonho ou vigília, é caracterizado pela redução dos níveis de cortisol e lactato no plasma, diminuindo o metabolismo, a respiração, e aumentando as ondas alfas do cérebro, além de aumentar o fluxo sanguíneo cerebral. Estes estados também são conhecidos como estado de animação suspensa, catalepsia (do grego *katalepsis*, surpreender), estado cataléptico voluntário. Os estados mais avançados podem chegar na rara condição mórbida conhecida como “síndrome simuladora da morte”. Nestes estados mórbidos, também conhecidos como “enterramento vivo”, antes de 6h o corpo pode voltar e a pessoa reestabelecer suas funções fisiológicas normalmente.²⁷

No relaxamento fisiológico, observa-se que o ponto crítico a ser alcançado é a normalização e desativação do metabolismo hormonal hiperregulado pelo eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal, que, quando ativado pelo estresse, gera toda a cascata de efeitos deletérios conhecidos. A meditação é um dos caminhos para se alcançar este estado. A fisiologia do relaxamento da acupuntura, por exemplo, demonstra os mesmos efeitos de desativação do eixo HPA pela meditação, porém, por inibição do sistema nervoso simpático, ao diminuir a liberação simpática e a resposta excitatória simpática reflexa associada. Tal efeito pode levar, por exemplo, à diminuição da pressão arterial. Portanto, há um racional para usá-la na cardiologia, por exemplo, no tratamento da hipertensão arterial leve à moderada.⁷

Mindfulness significa atenção plena, ou consciência plena. Refere-se a uma prática de permanecer conectado ao momento presente, aos pensamentos, sentimentos e sentidos. Foi criada por Zabat-Zinn em 1991.²⁸ Pode ser praticada como meditação com o foco da atenção no momento presente. Ficou conhecida pela sigla em inglês MBSR: *Mindfulness Based Stress Reduction* (redução do estresse baseado no *Mindfulness*). Muitos psicólogos atualmente estão se especializando nesta técnica, devido à efetividade da mesma no emagrecimento e controle do estresse e da ansiedade. Um estudo de 2019 demonstrou que dois elementos da técnica, a auto-eficácia e a qualidade de vida dos pacientes com doença cardiovascular podem melhorar com o programa MBSR.²⁹

Outra técnica que promove intenso relaxamento é a mobilização das bioenergias pela própria vontade. Esta mobilização pode chegar num ápice, gerando uma vibração intensa. Por esta vibração máxima, esta mobilização ficou conhecida como Estado Vibracional (EV), nomeado pelo médico e pesquisador Waldo Vieira.³⁰ Na obra de mesmo

nome, Victor Bolfe o descreve desta maneira: o EV é um estado de ativação energética, capaz de ser desencadeado pela mobilização intensa das energias pessoais, por meio da impulsão da vontade. É caracterizado pela sensação de vibração interna, distribuída de modo homogêneo ao longo do corpo, somada à peculiar sensação de bem-estar.³¹ De diferente da meditação em si, o EV, como é conhecido pelos pesquisadores que o estudam, apresenta um estado de dinamização máxima da própria vontade impulsionando as bioenergias (*healing energy*), ao contrário da passividade da meditação. São as próprias bioenergias que são utilizadas no Reiki, na Microfisioterapia, nos toques terapêuticos, entre outras áreas.

O maior desafio de pesquisar as bioenergias são as fronteiras da subjetividade: a sutileza das bioenergias faz a grande maioria das pessoas não sentirem nada no momento em que movimentam ou recebem as energias. Isto porque para começar a sentir, é preciso praticar. Outro problema é a sujeição a que se pode interpretar as percepções das energias. Como é um tema com evidências subjetivas, o aplicador da técnica não consegue mensurar os efeitos imediatos no paciente, desta maneira qualquer descrição pode ser mera suposição do praticante. Neste caso é algo semelhante aos sonhos: é subjetivo, porém, nem por isso Freud deixou de transformar num objeto de pesquisa objetiva. Por outro lado, o EV e as práticas energéticas são percebidas por muitas pessoas, que descrevem ondas de calor, arrepios, até mesmo audição de ruídos durante o processo de energização ou durante o estado vibracional.

Bolfe cita o fato do EV ter se transformado numa técnica acessível a todos, não mais atrelada a ciências ocultas ou misticismos. Fato certamente mais contemporâneo é a proposição do domínio da ativação do EV através da vontade consciente e ainda mais recentemente, a existência de publicações sobre o fenômeno e de técnica para ativá-lo.

Observa-se um padrão específico em quem instala o EV: alívio e amenização das emoções, desbloqueio dos chacras, relaxamento psicofisiológico e profundo bem-estar. Mas faltam estudos mostrando a relação da mobilização das bioenergias, por exemplo, com os fatores de risco cardiovascular.

Outra técnica de relaxamento, descrita por Vieira como técnica da auto-relaxação psicofisiológica, também conhecida como relaxamento muscular progressivo, pode levar ao relaxamento profundo.^{27,28} Estas são as etapas aqui descritas de maneira resumida: 1. Isolar-se no quarto, afrouxar a roupa, e assumir uma posição bem confortável na cama ou poltrona; 2. Iniciar exercícios cadenciados de inspiração-contração muscular e expiração-relaxamento muscular; 3. Ao inspirar-contrair cada grupo de músculos, a pessoa deve contar até cinco, e ao expirar-relaxar aguardar 20 segundos; 4. Isso deve ser feito numa ordem de baixo para cima, ou de cima para baixo, com todos os grupos musculares.

A auto-relaxação psicofisiológica pode ser uma ferramenta adjuvante no alívio da ansiedade e na desativação do eixo HPA, além de estimular o paciente, por si mesmo, a criar referenciais internos de equilíbrio e harmonia. Ainda não se conhece estudos correlacionando a técnica com a prevenção cardiovascular. Um estudo controlado e randomizado comparou as respostas fisiológicas e subjetivas de 64 crianças de nove a 13 anos a partir de dois tipos de relaxamento:

muscular progressivo e relaxamento baseado em imagens. Neste estudo com crianças, os resultados demonstraram um padrão fisiológico indicando relaxamento mais claramente associado à abordagem com imagens (diminuição da FC e do nível de condutância da pele), embora a temperatura da pele tenha permanecido inalterada.³² É um campo de pesquisa aberto para a saúde cardiovascular, tanto em crianças quanto em adultos.

A grande maioria das técnicas, a depender do empenho do praticante na aplicação, pode levar à catalepsia benigna, afrouxando o corpo e a mente, e promovendo profundo relaxamento e bem-estar. Os efeitos deste relaxamento na pressão arterial a longo prazo, na ansiedade, depressão ou outro fator de risco, precisa ser melhor estudado.

Nesta temática, o papel do cardiologista em indicar este tipo de suporte adjuvante das práticas meditativas ao tratamento padrão está intimamente relacionado ao paradigma pessoal vivido por ele, médico(a). Se o próprio médico já vivenciou os efeitos de alguma técnica meditativa, cria-se uma certeza íntima de que aquela técnica funciona. Por ser algo subjetivo, dependerá também da subjetividade do médico em transformar uma indicação técnica não vivenciada em uma indicação motivadora e empática que realmente irá causar algum impacto no paciente.

EMPATIA MÉDICO-PACIENTE: A CHAVE PARA ACESSAR O UNIVERSO EMOCIONAL DO PACIENTE

Na obra *Empatia*, Daniel Goleman escreve o primeiro capítulo O que é Empatia.³³ Ele cita os três tipos de empatia: Cognitiva (a habilidade de entender o ponto de vista de outra pessoa), Emocional (a habilidade de sentir o que outra pessoa sente) e o Interesse empático (a habilidade de perceber o que outra pessoa quer de você). Helen Riess, diretora do Programa de Empatia e Ciência Relacional do Hospital Geral de Massachusetts, nos EUA, conduziu um estudo com médicos daquele hospital e concluiu que na classe médica, empatia emocional pode ser algo a ser desenvolvido. Riess se utilizou da respiração profunda e diafragmática, além de incentivar o distanciamento.

Suspender seu envolvimento para observar o que está acontecendo lhe dá uma consciência atenta da interação sem ser completamente reativo. Você pode perceber se sua fisiologia está em equilíbrio ou sobrecarrega. Consegue notar o que está se revelando na situação. Se uma médica percebe que está ficando irritada, isso pode ser um sinal de que o paciente também está alterado.

As práticas meditativas associada ao conceito de empatia desafia o médico a se colocar no lugar do paciente, a sentir o que ele está sentindo, abrindo um leque de possibilidades terapêuticas adjuvantes.

A CULTURA DE SAÚDE

A Psicologia Positiva e as Práticas Meditativas podem permear todo o espectro integrativo da doença cardiovascular – EIDCV, (Tabela 1) assim como os fatores de risco psicossociais. O EIDCV permite enxergar a evolução de uma doença que pode ser, na grande maioria dos casos, previsível e evitável: a cardiopatia. Quando um paciente aparentemente

saudável faz um *check up*, todos os exames podem estar normais, mas a depender dos fatores emocionais, será preciso uma conversa franca e não raro, demorada. Quando se pensa nos próximos 20 anos de ansiedade, estresse, *workaholismo*, ou dedicação exclusiva à família, ou quando se percebe que o paciente não faz nenhum tipo de atividades físicas, cabe ao médico estimular o desenvolvimento da cognição em saúde do paciente: fazê-lo pensar.

A compreensão da própria saúde envolve algum nível de alfabetização em saúde (*health literacy*). E este é um tema crítico. O departamento de educação dos EUA faz este levantamento desde 1992. Em 2003, 29% das pessoas com mais de 65% apresentavam alfabetização em saúde abaixo do básico. Isto significa não saber que a pressão arterial normal é 120 x 80, ou querer partir um comprimido sem estar sulcado, ou ainda tão grave, achar que criança obesa é fofinha. São dados levantados pelo Instituto de Ciências da Educação, órgão do departamento de educação americano.³⁴

Esta cultura pessoal de saúde é talvez o maior desafio dos sistemas públicos no mundo inteiro. Os dados mostram que a maioria das populações apresentam indivíduos que não se preocupam com a própria saúde: ela não é uma prioridade pessoal. Sem cuidar de si, não há como cuidar dos outros. O tempo vai passando, e a pessoa começa a caminhar na seta laranja do espectro: rumo à insuficiência cardíaca.

O ESPECTRO INTEGRATIVO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR - EIDCV

O Espectro Integrativo da Doença Cardiovascular (Tabela 1) pode ajudar o cardiologista a situar o paciente no tempo cardiológico, em função de seus fatores de risco. É possível ver na horizontal as faixas etárias, da infância à quarta idade. Na vertical tem-se sete linhas: momento, fase, eventos, FRPS - fatores de risco psicossociais, terapêutica padrão, terapêutica integrativa, saldo terapêutico, e a reversibilidade.

1. Momento. Diante de todo o espectro da doença cardiovascular, dois momentos são os mais importantes de se identificar: alfa (α) e beta (β). Pacientes com fatores de risco psicossociais ou cardiológicos, porém ainda reversíveis, na condição de pré-cardiopata; este momento denominou-se alfa (α), em associação aos estados profundos de relaxamento. Após a instalação da cardiopatia, seja por infarto, diabetes avançado, ou hipertensão refratária limitadora da vida do paciente, cai-se na irreversibilidade da cardiopatia: é o plano b da prevenção secundária. Este momento recebeu a denominação de beta (β).

2. Fase. As fases da doença cardiológica envolvem seis momentos: a construção de modelos mentais nosográficos (*mindsets* fixos), o início e a instalação dos fatores de risco, o início da doença cardíaca propriamente, a progressão da doença cardiovascular, a doença cardíaca avançada, e a fase terminal da cardiopatia (IC - estágio D).

3. Eventos. Os eventos foram organizados de maneira didática em correlação com as fases e por aproximação com as faixas etárias. Na vida real, os eventos se misturam, e não há uma regra vinculando determinado evento à idade específica. A forma de exposição dos dados objetiva ampliação da visão de conjunto passado-presente-futuro, e não estabelecer uma relação temporal *strictu sensu* de causa-efeito entre os itens da tabela.

A construção dos modelos mentais (*mindsets* fixos, disfuncionais), a privação afetiva, a construção das distorções axiológicas, os distúrbios emocionais, a obesidade infantil e até as primeiras *foam cells* da aterosclerose estão no extremo inicial da infância.³⁵ No outro extremo está a fase terminal da doença cardiovascular, a falência cardíaca, ou a insuficiência cardíaca estágio D, que chega a acometer 17,5% dos pacientes com mais de 85 anos.³⁶ Entre estes dois extremos estão quatro fases: o início dos fatores de risco do adulto jovem (20 aos 40 anos); o início da doença cardíaca (40-59 anos), e, após os 60 anos, a progressão da doença cardiovascular e a DCV avançada, quando a Insuficiência Cardíaca classe funcional III se instala no paciente. Segundo o estudo de Framingham após dois anos do diagnóstico de ICC, 37% dos homens e 38% das mulheres estavam mortos.³⁷

4. Fatores de risco psicossociais (FRPS). Os FRPS foram expostos na tabela de maneira a passar a ideia de perenidade. Se nada for feito, o traço de personalidade da hostilidade, por exemplo, pode permanecer durante uma vida inteira, expondo o paciente constantemente ao risco de doença coronariana.⁸ A personalidade coronariana (Tabela 2) uniria traços do temperamento hostil com fatores de risco psicossociais - estresse, ansiedade e depressão, associados a *workaholismo* e distorção axiológica. A percepção destas características poderia ajudar o cardiologista, diante do espectro da doença cardiológica, antecipadamente, a recomendar práticas meditativas, psicoterápicas e positivas, visando a desativação do sistema HPA a longo prazo. Para os pacientes que postergam há muito tempo a mudança, pode-se usar um recurso pedagógico, a técnica da caneta. Segura-se uma caneta em frente ao paciente. Numa das pontas está o ano presente (2020 - ano base) e na outra 2040. Mostra-se o sentido de 2040 e o que há de possíveis doenças associadas aos FRPS no futuro. Ao virar a caneta 180°, significando com isso a mudança de hábitos no presente, o futuro passa apontar para o lado oposto. A mensagem é: se você mudar hoje, 2040 já está em outro lugar a partir de agora! O psicólogo israelense Dan Aryeli diz que todo ser humano coloca as responsabilidades no futuro para não pesar o presente: no futuro, tudo acontece.³⁸

5. Seta laranja. Demonstra a progressão da doença cardiológica para insuficiência cardíaca, a via final das comorbidades cardiológicas, dos estágios A ao D, iniciando ainda na juventude com os fatores de risco cardiovasculares.

6. Seta vermelha. Traduz a presença, progressão e influência dos fatores de risco psicossociais na gênese e evolução da doença cardíaca, desde a infância.

7. Terapêutica padrão. A terapêutica padrão das doenças cardiovasculares está bem estabelecida e avançada nos dias atuais. Procurou-se sintetizar as especialidades mais atuantes

Tabela 2. Hipótese da Personalidade Coronariana. Ausência de fatores de risco cardiológicos e doença cardíaca. Presença de múltiplos fatores de risco psicossociais.

Personalidade Coronariana	
1	Estresse / Ansiedade / Depressão
2	<i>Workaholism</i>
3	Distorção Axiológica
4	Hostilidade / Raiva

nas fases correspondentes, como a hemodinâmica diante do infarto agudo do miocárdio ou a cirurgia cardiovascular e a eletrofisiologia, diante das cirurgias de revascularização do miocárdio, troca de valvas, implante de dispositivos artificiais (marcapasso, cardiodesfibrilador implantável - CDI, terapia de resincronização cardíaca - TRC) e ablações, quando a progressão da doença cardíaca leva à instalação de estágios mais graves, como a condição triarterial da doença coronariana, arritmias graves refratárias ou mesmo a insuficiência cardíaca CF III e IV. A presença do suporte multiprofissional (SM) hoje é uma realidade tanto hospitalar quanto em *home care*.

8. Terapêutica integrativa. A terapêutica integrativa envolve o diagnóstico do modelo mental, se mais rígido ou de crescimento (aberto à novas experiências), o desenvolvimento de habilidades da Psicologia Positiva (otimismo, engajamento, sentido, realização e relacionamentos positivos), a escala de valores (axiologia), a agenda de saúde, as práticas meditativas, e a terapia cognitivo-comportamental.

O cardiologista pode sentir, no decorrer das consultas e retornos, o *mindset* do paciente. Pode-se explicar sobre o fato do hábito ter sido construído pelo próprio paciente (sedentarismo, por exemplo), e que o cérebro nada mais faz senão repetir, como um *software*, o que aprendeu. Como em qualquer mudança de *software*, haverá esforço e inadaptação, assim como um novo hábito. Os pacientes associam emoção ao hábito, e criam memórias afetivas como sentir preguiça ao ouvir determinada música, por exemplo, comum no casal sedentário, sendo que um puxa o outro para não fazer nada. Apontar esta dificuldade pode trazer o paciente para maior compreensão dos desafios que lhe esperam na tão esperada mudança de comportamento.

O conceito de experiência, termo da neurociência que traduz a relação do cérebro com o meio, influencia a emoção positiva. A construção das experiências é sempre uma via de mão dupla: subjetividade *versus* objetividade. A força íntima da pessoa pode suplantiar as adversidades, como foi o caso de Viktor Frankl no campo de concentração. Mas isso é exceção. Parece muito mais comum os fatos e acontecimentos influenciarem a subjetividade e a emocionalidade, gerando experiências positivas ou traumáticas, do que o contrário. As práticas meditativas normalmente são aplicadas por pessoas que buscam maior espiritualidade, e neste caso, o *self*, o *ego*, ou a consciência, tornam-se cada vez mais íntegros, fortes e passam a filtrar melhor a realidade, sem gerar sobressaltos emocionais. Com maior conexão primeiro consigo mesmo, e maior capacidade de se auto-auscultar, surge maior conexão com a realidade, e assim, esta passa a manipular menos o ambiente intraconsciente.

A conversa sobre axiologia é sempre saudável e impactante com o paciente. Como dito, muitos pacientes não estão em suas agendas diárias porque elegeram inconscientemente os outros como mais importantes: o trabalho, a família, os filhos. A agenda de saúde é a materialização pragmática da breve conversa filosófica com o paciente: dê mais valor a si mesmo e a sua vida, e coloque na sua agenda você mesmo. Esta agenda de saúde pode estar junto com uma prescrição básica dos principais exercícios a serem contemplados para melhor saúde cardiovascular e músculo-esquelética: aeróbico, musculação e alongamento.

A indicação de *mindfulness*, acupuntura, trabalho com as

energias (*touch realing*, Reiki, estado vibracional), e o relaxamento psico-fisiológico ou qualquer outra prática, depende muito da sensibilidade do cardiologista em perceber os interesses e o paradigma do paciente. Às vezes, uma indicação de acupuntura para o paciente já foi uma quebra de paradigma para ele. Pacientes com paradigmas mecanicistas, ou materialistas arraigados, tendem a ver com maus olhos quando o médico cita determinada terapia integrativa, mesmo fundamentada em literatura cardiológica, como é o caso das práticas meditativas, da Psicologia Positiva ou da TCC. A melhor abordagem médico-paciente pressupõe empatia, e precisa sempre levar em conta quem está ali na condição de paciente.

9. Seta verde. A seta verde, no sentido oposto das setas laranja e vermelha, indica a potencial regressão da doença cardiológica a partir do sucesso nas terapêuticas padrão e integrativa. Os exercícios físicos regulares, a alimentação saudável, e o reencontro consigo mesmo(a) a partir de maior *autoconexão* (percepção e sentimento de si mesmo) estimulada pelas práticas meditativas e pela Psicologia Positiva no dia a dia do consultório, buscam a profilaxia dos fatores de risco psicossociais e da instalação da doença cardiológica. O exercício aeróbico sob medida, estruturado e supervisionado é seguro e melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca. Uma prescrição de exercício apropriada também pode reduzir hospitalizações e mortalidade em pacientes com insuficiência cardíaca.³⁹ O desafio aqui é tirar o paciente da labilidade emocional, da depressão e da adinamia promovida normalmente pelo impacto de um diagnóstico como a IC, o infarto ou mesmo o AVC. É neste sentido que a terapia integrativa, aliada ao competente tratamento padrão, podem, juntos, levar o paciente para um nível de qualidade de vida muito superior.

10. Saldo Terapêutico. O saldo terapêutico é o resultado final do somatório da terapêutica padrão com a terapêutica integrativa. O objetivo primordial do cardiologista é ajudar o paciente a mudar seus hábitos. O hábito saudável, traduzido pelo estilo de vida, é o verdadeiro protagonista da saúde. As medicações, com o tempo, tendem a perder seus efeitos diante de anos de sedentarismo, e precisam de novos aportes farmacoterápicos. Encorajar o paciente a enfrentar seus desafios, e partir para um novo estilo de vida com exercícios físicos regulares, por exemplo, pode inclusive suplantiar a genética desfavorável.⁴⁰ Khera et al., demonstram o impacto da aderência ao estilo de vida saudável na relação com o risco genético e a doença coronariana.⁴¹ O artigo conclui que, ao analisar quatro estudos envolvendo 55.685 participantes, os fatores genéticos e de estilo de vida foram independentemente associado à suscetibilidade à doença arterial coronariana. Entre os participantes com alto risco genético, um estilo de vida favorável foi associado a quase 50% menor risco relativo de doença arterial coronariana do que um estilo de vida desfavorável.

11. As setas azuis. O EIDCV traz duas setas azuis: a primeira, de tom mais escuro, à esquerda, descreve o movimento do paciente, da fase em que se encontra em relação à doença cardiovascular, passando por ambas as terapêuticas, até a possibilidade de reversibilidade. A segunda seta, menor, num azul mais claro, e mais central à tabela, evidencia a dificuldade em se chegar na compreensão da terapêutica integrativa, por limitação própria do paciente ou do paradigma médico-hospitalar.

Estes são os casos frequentes nos atendimentos do SUS, por exemplo, onde a limitação de recursos, tempo e equipe, dificulta a implantação de novas abordagens integrativas.

CASO CLÍNICO

Trata-se de paciente do sexo feminino, 40 anos de idade, que procurou atendimento médico em 02.10.2017 para avaliar hipertensão arterial. Em uso de losartana 50mg/dia. Nega tabagismo, diabetes, dislipidemia, sedentarismo e herança. Bom nível cognitivo, líder no trabalho onde gerenciava 130 pessoas, em outro país, a maioria de homens. Perfil com estresse importante, workaholismo e episódios de insônia. Realizado abordagem axiológica. Questionada sobre se queria mudar de vida, disse que no momento era impossível, pois dependia do trabalho e adorava o que fazia.

Exame físico: PA 160 x 90, RCR 2t, s/ sopro; ausculta pulmonar sem RA, abdome plano, indolor, e membros inferiores sem edema, com panturrilhas normotróficas. Solicitado exames cardiológicos de rotina, prescrito ansiolítico, ajustado dose de losartana e encaminhada para Acupuntura e Psicoterapia (TCC). Retorno em 16.02.2018: paciente não fez nenhum exame, não procurou acupuntura nem atendimento psicoterápico. Relatou infarto agudo do miocárdio no dia 31.01.2018. Laudo do cateterismo: Artéria descendente anterior ultrapassa o apex cordis, com lesão segmentar proximal, e ponto mais crítico de 95%. Evoluiu para insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 40%, porém por provável miocárdio *stunning*. Último Ecocardiograma em 06.03.2020 com fração de ejeção de 66%. Questionamento: este seria o caso de uma personalidade coronariana? O papel do estresse e do temperamento hostil na geração direta do infarto agudo do miocárdio sem associação com os conhecidos fatores de risco coronarianos (tabagismo, sedentarismo e dislipidemia, por exemplo), e não associada à síndrome de Takotsubo, ainda é pouco esclarecido.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention; Heart Disease and Stroke. 2019. Acessado em 07.07.2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/heart-disease-stroke.htm>
- Santos T, Polistchuk I. Custos com doenças Cardiovasculares Aumentaram 17% no Brasil nos últimos cinco anos. Medscape. 2017. Acessado em 8.07.2020. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6501489?pa=kFGxlxskC-ttg%2BdNMUmvfLgJiGjFURWYkrUeEY5oLXHM9YrLpO0OJoQ-FKH%2BoOWGbd%2FsGPYa%2BToEoLjuhFnUEHw%3D%3D>
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Cardiômetro. 2020. Acesso em 21.06.2020. Disponível em <http://www.cardiometro.com.br/anteriores.asp>
- Oliveira SG, Gotto JRF, Spaziani AO, Frota RS, Souza MAG, Freitas CJ, et al. Doenças do aparelho circulatório no Brasil de acordo com dados do Datasus: um estudo no período de 2013 a 2018. Braz J Hea Rev. 2020;3(1):832-46.
- Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet; 2004;364(9438):937-52.
- Carneiro EM, Barbosa LP, Marson JM, Terra Junior JA, Martins CJP, Modesto D, et al. Effectiveness of Spiritist "passe" (Spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients: A randomized controlled trial; Complement Ther Med. 2017;30:73-8.
- Longhurst JC, Costello RB. Integrative Medicine in the Prevention of Cardiovascular Disease; Preventive Cardiology: Companion to Braunwald's Heart Disease (chapter 17th); 11th. Elsevier-Saunders; 2011:272-99. Acesso em 27.06.2020. Disponível em: <https://www.clinicalkey.com/#1/content/book/3-s2.0-B9781437713664000172>
- Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. J Am Coll Cardiol. 2009; 53:936-46.
- Lamb M. Handbook of Child Psychology and Developmental Science; 7th. Wiley Hoboken: New Jersey. 2015;3:109-14.
- Braunwald, E. Heart Disease, A Handbook of Cardiovascular Medicine; 10th. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2015; 1876-89.
- Holmes SD. Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide; P Card Dis. 2006;49:106-22.
- Danese A, Pariante C, Avshalom C, Taylor A, Poulton R. Childhood Maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study; PNAS - Proceedings of the National Academy of Sciences; 2007;104:1319-24.
- Castro I, Castro V. Distúrbios Psiquiátricos e Doenças Cardiovasculares. Secad - Sistema de Educação Continuada à Distância. Procardiol - Programa de Atualização em Cardiologia. 10(1): 53.
- Seligman, M. Florescer. Rio de Janeiro: Objetiva. 2011: 25-30.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies

CONCLUSÃO

A mortalidade cardiovascular tem aumentado no Brasil e no mundo nos últimos anos. Os investimentos para suplantar esta realidade não devem crescer somente buscando a terapia pós-cardiopatia instalada, mas deveria buscar primordialmente a prevenção em suas múltiplas frentes, muito antes da meia idade e da consolidação de hábitos nosográficos, e envolver as terapias integrativas como adjuvantes da terapia padrão cardiológica.

O espectro integrativo da doença cardiovascular localiza o paciente no tempo da doença cardiológica, e pode ajudar o cardiologista na tomada de decisões que antecedem, em alguns anos, a instalação da doença cardiovascular irreversível.

Os desafios que se impõe diante desta abordagem são paradigmáticos, e envolvem os referenciais de vida do cardiologista. A ciência cardiologia continua sendo, e ainda será, a balizadora das decisões, e as terapias integrativas, quando bem indicadas, podem potencializar o tratamento padrão, não raro levando à cura ou remissão da doença. A interdisciplinaridade será sempre a melhor maneira de uma ciência ajudar o crescimento da outra.

A ampliação das ações do cardiologista sobre a prevenção primária (o momento α do espectro), incluindo elementos como o relaxamento, o estímulo à vivência de emoções positivas, o diagnóstico precoce dos distúrbios emocionais e a prevenção da progressão dos fatores de risco psicossociais para a doença cardiológica irreversível parece ser o grande desafio do cardiologista no século XXI.

CONFLITOS DE INTERESSE

O autor declara não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

- on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice constituted by representatives of 10 societies and by invited experts. *Eur Heart J*. 2016; 37: 2315–81.
16. Kubsanzky LD. Positive Psychological Well-Being and Cardiovascular Disease (Reprint of); *J Am Coll Cardiol*. 2018;(72):312-26.
17. Rozanski A. Behavioral Cardiology: Current Advances and Future Directions. *J Am Coll Cardiol*. 2014;(64):100-10.
18. Frankl VE. *Em Busca de Sentido*. 48 ed. Rio Grande do Sul: Vozes e Sinodal. 2019:18
19. Guimarães HP, Avezum A. O Impacto da Espiritualidade na Saúde Física. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007;34(Suppl 1):88-94.
20. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Smith PJ, Hoffman BM, et al. Exercise and Pharmacological Treatment of Depressive Symptoms in Patients With Coronary Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2012;(60):1054-63.
21. Dweck CS. *Mindset: A Nova Psicologia do Sucesso*. Rio de Janeiro: Objetiva. 2009; 11.
22. Mischel W. Cognitive and Attentional Mechanisms in Delay of Gratification. *J Pers Soc Psycho*. 1972; (21):204-18.
23. Eisenberg N. Esforço para Controlar o Temperamento (autoregulação). 2005:1-5; Acesso em 26.06.2020; Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/temperamento/segundo-especialistas/esforco-para-controlar-o-temperamento-auto-regulacao>.
24. Kagan J. Temperamento: Enciclopédia Sobre o Desenvolvimento da Primeira Infância. Harvard University. 2005. Acesso em 10.10.2020; Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/temperamento/segundo-especialistas/temperamento>.
25. Tugent A. Medo de Errar. Rio de Janeiro: Zahar. 2012: 41-9.
26. Levine GN, Lange RA, Bairey-Merz N, Davidson RJ, Jamerison K, Mehta PK, et al. Meditation and Cardiovascular Risk Reduction A Scientific Statement From the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2017;6:e002218.
27. Vieira W. Projeciologia: Panorama das Experiências da Consciência Fora do Corpo Humano; 4.ed. Paraná: Editares. 1999:130-31.
28. Dornelas EA. Psychoterapy With Cardiac Patients: Behavioral Cardiology in Practice; Washington; EUA: APA - American Psychological Associaton. 2008: 80-1.
29. Jalali D, Abdolazimi M, Alaei Z, Solati K. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on quality of life in cardiovascular disease patients. *Int J Cardiol Heart Vesc*. 2019;23:100356.
30. Vieira W. 700 Experimentos da Conscienciologia. Rio de Janeiro: IIP - Instituto Internacional de Projeciologia. 1994:348.
31. Bolfe V. *Estado Vibracional*. Paraná: Editares. 2020:34.
32. Lohaus A, Klein-Hebling J, Vogle C, Kuhn- Hennighausen C. Psychophysiological effects of relaxation training in children. *Br J Health Psychol*. 2010. Acesso em 27.06.2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/135910701169151>
33. Goleman D. *O que é Empatia?* Rio de Janeiro: Sextante. 2019:11-9.
34. Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy. IES – National Center for Education Statistics. 2006: 1-76. Acesso em 28.06.2020. Disponível em: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
35. Aguiar AAF. Aterosclerose na Adolescência. *Adelesc Saúde*. 2009;6(1):44-7.
36. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. *Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda*. *Arq Bras Cardiol*. 2018; 111(3):436-539.
37. Mesquita ET, Villacorta H. Fatores Prognósticos em Portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva. *Arq Bras Cardiol*. 1999;3(72):343-52. Acesso em 01.07.2020. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/1999/7203/72030008.pdf>
38. Ariely D. *A Mais Pura Verdade Sobre a Desonestidade*. Rio de Janeiro: Campus. 2012.
39. Goldman L, Schafer AI, Goldman-Cecil Medicine. 26th. Rio de Janeiro: Elsevier. 2020; 53: 281-97. Acesso em 02.07.2020. Disponível em: <https://www.clinicalkey.com#!/content/book/3=-2s0.-9780323532662000539B?scrollTo-%23hl0001505>.
40. Tikkanen E, Gustafsson S, Ingelsson E. Associations of Fitness, Physical Activity, Strength, and Genetic Risk With Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2018;137(24):2583–91.
41. Khera AV, Emdin CA, Drake I, Natarajan P, Bick AG, Cook NR, et al. Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. *N Engl J Med*. 2016;375:2349-58.

USO DA TECNOLOGIA PARA ENGAJAR PACIENTES E OTIMIZAR A ADESÃO TERAPÊUTICA

USE OF TECHNOLOGY FOR ENGAGING PATIENTS AND IMPROVING ADHERENCE TO MEDICATION



Clique para acessar
o Podcast

Marcelo Katz¹
Gustavo Freitas Feitosa^{2,3}
Ibraim Masciarelli F. Pinto^{4,5}
Marcelo de Maria Felix⁶
Luiz Aparecido Bortolotto⁷

1. Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil
2. Hospital Cardio Pulmonar. Salvador, BA, Brasil.
3. Grupo Fleury. Salvador, BA, Brasil
4. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP, Brasil.
5. Grupo Fleury. São Paulo, SP, Brasil.
6. Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, SP, Brasil.
7. Instituto do Coração (InCor) - HCFMUSP. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:
Marcelo Katz. Hospital Israelita Albert Einstein. Av. Albert Einstein, 627, Bloco A1, 5º andar, Sala 514. São Paulo, SP, Brasil. 05651-901.
mkatz@einstein.br

RESUMO

Estima-se que metade dos 3,2 bilhões de prescrições médicas realizadas anualmente nos EUA não são seguidas corretamente. A baixa adesão terapêutica determina menor eficiência dos fármacos e, além disso, eleva a morbidade das condições clínicas e leva a internações hospitalares que poderiam ser evitadas, o que gera impacto social e econômico. A ciência comportamental pode instrumentalizar o médico para permitir um diagnóstico de adesão e, principalmente, interferir e melhorar o engajamento do paciente. As principais teorias comportamentais aplicáveis são: a) modelo de crença em saúde que trabalha a percepção de risco da doença, além de barreiras e benefícios do tratamento; b) conceito de estágios de mudança, que considera os diferentes estágios de aptidão para mudança: pré-contemplação, contemplação, planejamento, ação e persistência; c) teoria cognitivo-social que leva em consideração experiências pessoais e do grupo para viabilizar mudanças. O uso de tecnologias em saúde permite ampliar as ações que visam aumentar o engajamento do paciente. De maneira geral, pacientes que têm um dispositivo que permita algum monitoramento têm maior chance de engajamento na saúde. Os sistemas de mensageria são simples e efetivos como lembretes periódicos para o paciente persistir em níveis adequados de adesão e são ferramentas que permitem o contato com o paciente (teleconsultas e telemonitoramento) nos períodos entre as consultas presenciais, especialmente os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial e insuficiência cardíaca, entre outras.

Descritores: Tecnologia; Adesão à Medicação; Ciência; Sociedade.

ABSTRACT

It is estimated that half of the 3.2 billion annual prescriptions given out in the United States are not taken as prescribed. Low patient adherence to medication lowers the effectiveness of drugs, increases the morbidity of clinical conditions and leads to hospital admissions that could have been avoided, generating social and economic impacts. Behavioral science can enable the physician to make a correct diagnosis in relation to medication adherence status, and in particular, influence and improve patient engagement. The main applicable behavioral theories are: a) the health belief model that considers perceptions of the risk of disease and perceived barriers and benefits of the treatment; b) concept of the stages of changes, which considers the different stages of adaptation for change: pre-contemplation, contemplation, planning, action and persistence; and c) social-cognitive theory, which takes into consideration personal experiences, and those of the group, to make changes viable. The use of technologies in health enables more actions to be carried out to increase patient engagement. In general, patients who have a device that enables monitoring have a better chance of engagement in health. Messaging systems are simple and effective, with regular reminders for the patient to maintain adequate levels of adherence, and are tools that enable contact with the patient (teleconsultations and telemonitoring) in the periods between face-to-face visits, especially patients with non-transmissible chronic diseases such as high blood pressure and heart failure, among others.

Keywords: Technology; Medication Adherence; Science; Society.

INTRODUÇÃO

Estima-se que metade das 3,2 bilhões de prescrições médicas realizadas anualmente nos EUA não são seguidas corretamente.^{1,2} A baixa adesão terapêutica determina menor eficiência dos fármacos, além disso eleva a morbidade das condições clínicas, levando a internações hospitalares que poderiam ser evitadas. Aproximadamente 125 mil óbitos anuais ocorrem nos EUA em decorrência da falta de adesão terapêutica,³ que gera ainda custos estimados ao redor de 200 milhões de dólares para lidar com a suas consequências.²

Adesão medicamentosa pode ser definida sob a perspectiva da prescrição médica, ou seja, o quanto da prescrição é seguida da forma correta pelo paciente, em relação a doses, frequências e tempo de tratamento.⁴ Compreende as fases de a) início: um tratamento será iniciado, refere-se às primeiras doses da medicação, b) manutenção: o quanto o paciente cumpre da prescrição ao longo do tempo e c) persistência, refere-se ao tempo entre o início e a descontinuação da medicação.

De modo geral o engajamento dos pacientes nos tratamentos é baixo, e decai ao longo do tempo, sobretudo em doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e insuficiência cardíaca. Em um estudo que avaliou o uso de medicamentos indicados para prevenção secundária em doença arterial coronária, as taxas de uso não ultrapassaram os 50%.⁵

Portanto, fica patente a importância de se estabelecer um diagnóstico de engajamento tanto em nível populacional como individual. No consultório, torna-se fundamental incorporar técnicas que permitam avaliar o grau de comprometimento do paciente com seu tratamento e as taxas de adesão às recomendações farmacológicas e não farmacológicas.

DIAGNÓSTICO DE ENGAJAMENTO/ ADESÃO MEDICAMENTOSA

Não há uma ferramenta única que permita avaliar, de maneira sistemática, no ambiente do consultório, a adesão dos pacientes.⁴ As técnicas padrão ouro para avaliação de adesão incluem a contagem de pílulas e/ou dosagem sérica dos metabólitos do fármaco em questão. Ambos os métodos, entretanto não são práticos, especialmente no Brasil em que

não há controle adequado sobre a dispensação e consumo de medicamentos por parte dos pacientes. Dessa maneira, restam questionários que auxiliam na detecção de falhas na adesão, sendo a maior parte dos instrumentos específicos para a doença ou condição clínica. Considerando que o paciente muitas vezes apresenta diagnósticos diversos e coexistência de condições clínicas, percebe-se que um questionário único não é suficiente para assertivamente definir taxas de adesão. Ainda assim, alguns questionários têm sido utilizados em cardiologia e um dos mais aplicados é o questionário de Morisky de 8 itens, validado em português.^{6,7} Esse questionário pode ser utilizado para hipertensão arterial sistêmica, mas eventualmente pode ser adaptado para outras condições clínicas como por exemplo uso de antiagregantes plaquetários.⁸ No questionário de Morisky de 8 itens o paciente responde oito questões que são pontuadas em 0 ou 1 cada, e a somatória das respostas classifica a adesão do paciente em adesão baixa (escore abaixo de 6), adesão moderada (escore 6 ou 7) e alta adesão (escore 8). A Tabela 1 apresenta o questionário de Morisky de 8 itens e a forma de classificar as respostas.⁶

Além dos questionários, ressalta-se que uma boa anamnese direcionada para a forma de tomada de medicamentos é fundamental para esclarecer o quanto de engajamento o paciente tem em seu tratamento. Uma técnica indicada é propor ao paciente que liste os medicamentos utilizados, com doses e horários. Além disso, é importante o questionamento direto sobre falhas na tomada de medicação. Como será discutido adiante, eventualmente podem existir barreiras para tomada da medicação, e esses obstáculos podem ser elucidados durante a anamnese. Por exemplo dificuldade de acesso, custo *versus* situação socioeconômica, efeitos colaterais, vias de administração, são alguns fatores que podem se configurar como barreira para a continuidade do tratamento.

Na abordagem diagnóstica e principalmente propositiva para melhorar a adesão ao tratamento, o uso da ciência comportamental e tecnologias em saúde tem papel importante.^{9,10} O uso da ciência comportamental na prática clínica vem ganhando destaque nos últimos anos, e portanto torna-se relevante o domínio das principais teorias comportamentais. São diversas teorias aplicáveis, e as principais estão apresentadas, exemplificadas e discutidas abaixo.

Tabela 1. Questionário de Morisky de 8 itens.

Questões – Escala Morisky 8 itens ⁶	1 ponto	0 ponto
1. Você as vezes esquece de tomar suas medicações para hipertensão arterial?	Não	Sim
2. Nas últimas duas semanas houve algum dia que você esqueceu de tomar suas medicações para hipertensão arterial?	Não	Sim
3. Alguma vez você diminuiu o uso ou interrompeu seu tratamento medicamentoso sem avisar seu médico porque se sentiu pior usando as medicações?	Não	Sim
4. Quando você viaja ou sai de casa, você as vezes se esquece de levar suas medicações?	Não	Sim
5. Você tomou suas medicações para hipertensão ontem?	Sim	Não
6. Quando você sente que sua pressão arterial esta sob controle você as vezes para de tomar suas medicações?	Não	Sim
7. Você já se sentiu incomodado por aderir ao plano de tratamento da hipertensão arterial?	Não	Sim
8. Com que frequência você sente dificuldade em lembrar de tomar todas suas medicações para hipertensão?	Nunca	Quase nunca/às vezes/freqüentemente/sempre

CIÊNCIA COMPORTAMENTAL APLICADA - TEORIAS

O modelo de crenças em saúde é uma das principais teorias aplicáveis.^{9,11} Segundo ela, o maior engajamento do paciente em um dado comportamento (atividade física, por exemplo ou tomada de um medicamento) resulta da interação entre a auto percepção da própria condição de saúde ou do risco de desenvolver alguma doença (por exemplo risco de ter um infarto agudo do miocárdio), em conjunto com a auto percepção dos benefícios de adotar a atitude saudável, como por exemplo passar a fazer atividade física ou tomar a medicação em questão. Finalmente, ele considera a percepção de barreiras para adoção desses hábitos saudáveis, como no caso do exercício, por falta de tempo, falta de motivação, falta de espaço adequado, e no caso do medicamento, por falta de acesso, falta de recurso financeiro ou mesmo a presença de um efeito colateral indesejável. A Figura 1 ilustra a interação dos três aspectos do modelo de crenças em saúde.

A aplicação desse modelo na prática clínica pode ser feita de acordo com as três percepções descritas acima. O primeiro passo é avaliar a percepção que o paciente tem de sua doença. Uma auto percepção adequada da condição clínica é fundamental para o paciente ser ativado e se engajar no tratamento. Entretanto, estudos demonstram que de maneira geral os pacientes subestimam sua condição e seus riscos. Em um estudo conduzido em um serviço de *check-up*,¹² que avaliou 6544 pacientes, e comparou um cálculo objetivo de risco cardiovascular com a percepção subjetiva de risco, 91% dos pacientes de alto risco pelo escore objetivo se auto definiram como de risco menor (moderado ou baixo), sendo que 54% se declararam como de baixo risco. De fato, os pacientes de maneira geral subestimam sua condição de saúde. Uma vez que de acordo com o modelo de crença em saúde a percepção adequada de risco é ponto importante para adesão, é papel do médico e de outros profissionais de saúde informar os pacientes e os que cuidam dos mesmos. A educação em saúde, tem a função de calibrar percepções dos indivíduos, permitindo que as recomendações surtam maior efeito, e nesse ponto além do médico, a equipe multiprofissional de saúde adquire grande importância.

Entretanto, apenas informar e educar o paciente não são suficientes, e de acordo com o modelo de crenças em saúde, o paciente precisa entender o benefício da intervenção

sugerida e ainda suplantar barreiras. Portanto o médico e demais profissionais também precisam informar e educar acerca dos benefícios da intervenção, quer seja farmacológica ou não farmacológica, e ainda explorar potenciais barreiras para adoção da intervenção. Por exemplo, um paciente assintomático, em prevenção primária para doença cardiovascular, que tem níveis de LDL de 200 mg/dL, com indicação de tratamento com estatina. Provavelmente esse paciente subestimar seu risco, e terá dificuldades em entender o benefício de um fármaco para algo que não lhe traz sintomas. Adicionalmente tal fármaco pode causar efeitos colaterais como dores musculares. Se o médico não discutir os benefícios da intervenção a despeito do paciente não ter sintomas, e incluir nessa informação a antecipação de efeitos colaterais, é bem provável que o paciente não inicie o tratamento, ou caso inicie, abandone depois de algum tempo. Percebe-se portanto como é fundamental, na aplicação do modelo de crenças em saúde, uma boa comunicação do médico com o paciente, nesse caso enfocando calibração da percepção de riscos, elucidação dos benefícios da intervenção, exploração de potenciais barreiras e sugestões para suplantar tais barreiras.

Um dos desafios envolvidos na aplicação do modelo de crenças em saúde é a percepção dos benefícios a médio/ longo prazo (os benefícios do exercício podem demorar meses para aparecer), frente à percepção imediata das barreiras (conseguir tempo para se exercitar, por exemplo). Como consequência, o paciente pode postergar ou mesmo nem iniciar a atividade física. Cabe ao médico, ajustar essa expectativa e informar que mesmo benefícios futuros podem surtir efeitos no presente, e principalmente, a maior probabilidade de obter bons resultados futuros reside no início precoce da atividade.

A segunda teoria comportamental aplicável na prática clínica é conhecida como estágios de mudança.¹³ De acordo com esse modelo, os pacientes são classificados em diferentes estágios de aptidão para mudanças de comportamento: (1) pré-contemplação: o paciente não considera a mudança de comportamento e não há intenção de mudar; (2) contemplação: o paciente se interessa ou começa a contemplar a possibilidade de mudança; (3) preparação: o paciente começa a traçar um plano de ação; (4) ação: o paciente faz a mudança e adota um comportamento saudável; (5) manutenção: o comportamento saudável é mantido por longo período de tempo.

Essa teoria foi inicialmente desenvolvida para abordar a questão do tabagismo e posteriormente passou a ser aplicada em outras condições como por exemplo adoção de dieta saudável ou mesmo a atividade física. A avaliação do estágio de mudança de comportamento de um paciente permite ao médico fornecer apenas um breve aconselhamento aos que se encontram no estágio pré-contemplativo, e concentrar esforços naqueles que se dispõem e têm os recursos necessários para mudar o comportamento imediatamente.

A terceira teoria é a teoria cognitivo social.¹⁴ De acordo com esse modelo, fatores pessoais e ambientais afetam continuamente o comportamento humano. (Figura 2) Os pacientes tendem a aprender com as próprias experiências e as alheias, equilibrando, assim, suas atitudes. O suporte social

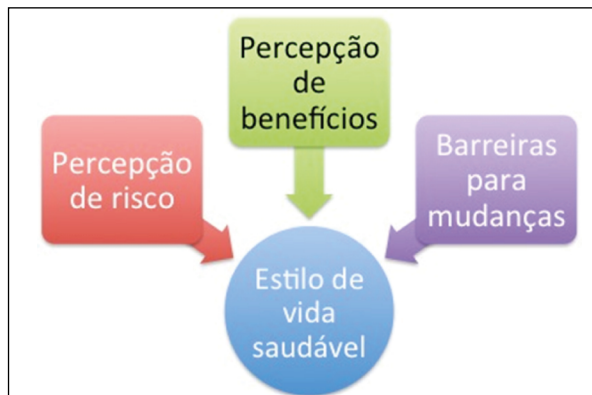


Figura 1. Determinantes do modelo de crença em saúde.

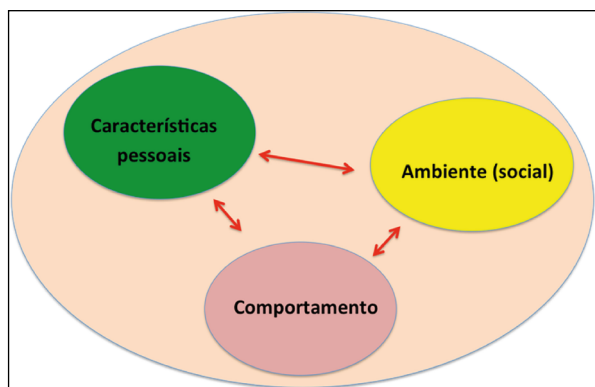


Figura 2. Determinantes da teoria cognitivo social.

é um componente chave dessa teoria; consequentemente, o grupo ou equipe é um fator importante na obtenção de melhores resultados individuais. Nesse contexto, os amigos e familiares desempenham um papel fundamental, ao dar o apoio necessário em situações que envolvem risco à saúde e doenças. Isso é relevante para melhorar engajamento e adesão. Os pacientes não estão sozinhos, tem um núcleo familiar e de amigos, que podem ser utilizados no planejamento do tratamento. Como exemplo, uma paciente que trabalhe como executiva, casada, com dois filhos, e que procura atendimento para avaliação da saúde e prevenção primária, ao ser prescrita atividade física, sem suporte social, seria muito difícil engajar a paciente. A presença do familiar permite uma conversa franca entre o médico, paciente e família, no sentido desse último dar suporte para que a paciente atinja as metas estabelecidas no planejamento da prevenção primária.

Finalmente, vale ressaltar os conceitos da autoeficácia, que pode ser definida como a confiança que o paciente tem em sua própria capacidade de cumprir tarefas predeterminadas. Trata-se de conceito dinâmico, que pode ser modulado, e que é fortemente incrementado através do cumprimento de metas e o consequente reforço/feedback positivo que o paciente receba. Exemplo, um paciente que precisa perder peso, ao atingir uma meta e receber “parabéns” sente-se motivado para persistir na mudança. Importante ressaltar que a autoeficácia permeia as teorias anteriores, é instrumento muito poderoso para mudança de comportamento e adesão, e deve ser trabalhada continuamente de maneira a permitir que a adesão e o engajamento se mantenham.¹⁵

USO DE TECNOLOGIAS

Nos últimos anos, com avanços na telefonia móvel e a redução de custos dos “*smartphones*”, uma parcela significativa da população mundial e brasileira passou a ter acesso a recursos tecnológicos embutidos dentro dos telefones celulares. A criação do primeiro aparelho celular ocorreu em 1973, mas somente em 1999 foi desenvolvido o primeiro dispositivo móvel capaz de enviar e-mail. A partir do ano 2000 houve um grande avanço tecnológico, permitindo a construção de aparelhos progressivamente menores, com interface de interação intuitiva, conectados à rede de internet e até mesmo, a depender do modelo, mais baratos. Isso proporcionou um aumento exponencial da disponibilidade de aparelhos por habitantes em todo o mundo e do percentual

do dia que as pessoas passam conectadas a internet ou interagindo com aplicativos. No Brasil, em abril de 2020, foram contabilizados um total de 225,53 milhões de aparelhos celulares, conferindo uma densidade de 90,27 celulares para cada 100 habitantes.¹⁶ Com o decorrer do tempo, esses aparelhos passaram a oferecer não somente a possibilidade de contato e mensagens, mas também o uso de aplicações (app) ampliando o leque de possibilidades de interação com o paciente. Não por acaso a saúde digital (*digital health*) cresce de maneira exponencial.

Os recursos tecnológicos, agora acessíveis a um toque pelo paciente, podem em tese aumentar o envolvimento do próprio paciente em seu auto cuidado, melhorando o estilo de vida no que se refere a hábitos saudáveis, assim como incrementar a adesão terapêutica. Por outro lado, traz também preocupações de possíveis efeitos negativos do uso dessa tecnologia:

- Indução de comportamento mais sedentário;
- Piora da qualidade das relações humanas;
- Piora da qualidade do sono;
- Piora da postura corporal;
- Aumento do risco de acidentes/trauma;
- Acesso a informações de má qualidade ou até mesmo criminosas (*fake news*).

Dessa forma, fica patente que os benefícios da tecnologia para saúde não acontecem de maneira automática, e os estudos clínicos além de dados de mundo real, poderão apontar a direção do melhor uso em favor dos pacientes. Os potenciais impactos positivos para a saúde incluem, interessante, o inverso do previamente listado, além da opção para lembrete de tomadas de medicações, monitoramento de sinais e sintomas cardiovasculares, acesso rápido a opinião médica, dentre outros. O desafio que se impõe na sociedade contemporânea é o de estimular o bom uso desta tecnologia. Embora haja um racional teórico para se imaginar benefícios da adoção de tecnologias na adesão terapêutica por parte dos pacientes, as evidências disponíveis são limitadas pela

- 1) heterogeneidade das intervenções e desfechos avaliados,
- 2) tempo de acompanhamento relativamente curto.¹⁰

Na esteira do desenvolvimento tecnológico, surgiu o conceito de telecardiologia, ramo da telemedicina que emprega tecnologia de comunicação e informação, remotamente, por profissionais de saúde, oferecendo serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação na área da cardiologia.

O suporte telefônico estruturado e o telemonitoramento (com ou sem uso de dispositivos avançados) apresentam potencial para incrementar não somente adesão medicamentosa, mas também o engajamento no sentido mais amplo, tornando o paciente protagonista do próprio processo terapêutico.

Em relação a adesão medicamentosa, o estudo INTERACT foi um estudo randomizado com 303 pacientes igualmente distribuídos para receber ou não mensagens de texto via SMS estimulando uso de medicações.¹⁷ Constituiu critério de inclusão o uso de anti-hipertensivo e/ou hipolipemiante. Após o seguimento previsto de seis meses, as mensagens de texto resultaram num incremento estatisticamente significativo de 16% na taxa de adesão medicamentosa.

No cenário de hipertensão, um estudo unicêntrico

na Holanda, randomizado, não-cego, comparou o efeito do uso de dispositivos de monitorização compatíveis com *smartphones* versus os cuidados habituais sobre o controle pressórico de pacientes no período pós-infarto.¹⁸ Foram acompanhados 200 pacientes, igualmente distribuídos nos dois grupos, com seguimento de um ano. Os pacientes do grupo de cuidados habituais efetuaram quatro consultas presenciais programadas. O grupo intervenção recebeu quatro dispositivos compatíveis com *smartphones* (balança, monitor de pressão, monitor de ritmo e contador de passos). Além disso, duas consultas presenciais foram substituídas por teleconsultas. O desfecho primário foi o percentual de controle pressórico (79% e 76% para os grupos intervenção e controle, respectivamente), sendo semelhantes do ponto de vista estatístico. Os desfechos secundários de satisfação e de nova internação também foram semelhantes nos dois grupos. Esse estudo gerou a hipótese da factibilidade de substituir ao menos parte das consultas presenciais por teleconsultas em pacientes de baixo risco.

Estudo de coorte avaliou 5115 indivíduos com mais de dois registros de pressão arterial em dispositivo móvel e seguimento de 22 semanas.¹⁹ Subgrupos foram divididos por semanas desde o *download* do aplicativo. Notou-se além de um melhor controle pressórico ao longo do tempo na população geral do estudo, uma correlação entre a quantidade de utilização da ferramenta e o sucesso do controle pressórico, levantando a hipótese de que o engajamento do paciente, ao utilizar este aplicativo, poderia se traduzir em sucesso terapêutico.

Notavelmente, existe acúmulo de boas evidências favoráveis ao uso de telecardiologia no contexto de seguimento ambulatorial de pacientes com IC e em reabilitação à distância por telemonitoramento. Metanálise de 29 ensaios clínicos randomizados envolvendo mais de 10 mil pacientes foi realizada sobre telemonitoramento e insuficiência cardíaca com seguimento variando de um a 36 meses.²⁰ Dentre os benefícios destacam-se redução de 18% das hospitalizações por todas as causas e de 25% da mortalidade por todas as causas, ambas com significância estatística.

Estudo randomizado realizado na China incluiu 98 pacientes com IC em CF I a III da NYHA alocados em igual número para grupo de reabilitação por monitoramento a distância via tecnologia e grupo de cuidados usuais.²¹ Houve melhora significativa do grupo intervenção tanto para escore de qualidade de vida quanto para o teste de caminhada de seis minutos identificado no sexto mês após a alta hospitalar.

Interessante análise de custo-efetividade foi realizada comparando 140 pacientes alocados em proporção 1:1 para duas estratégias: um grupo 24 semanas de reabilitação à distância em adição a reabilitação cardíaca convencional e outro grupo que permaneceu em reabilitação cardíaca convencional isolada.²² A razão de custo-efetividade incremental foi calculada baseada no custo incremental e no diferencial de QALY (quality adjusted life years) ganho. Neste estudo o acréscimo de reabilitação à distância via tecnologia ocasionou uma melhor relação de custo-efetividade.

Revisão sistemática selecionou 11 estudos e avaliou o engajamento ao tratamento de pacientes submetidos a intervenção por e-saúde.²³ A análise destes estudos, no entanto, é dificultada por uma grande heterogeneidade das variáveis

utilizadas para avaliação do engajamento, a existência de diferentes dimensões do seu conceito (comportamental, cognitiva ou emocional), bem como a variedade das ferramentas tecnológicas utilizadas. Na conclusão deste trabalho, os autores trazem uma preocupação acerca do comportamento passivo dos pacientes nas intervenções de e-saúde com baixo engajamento no desenvolvimento/desenho do processo de cuidado, sobretudo nas intervenções de longo prazo.

Dessa forma, como discutido acima, há racional para o uso de ferramentas de tecnologia para aumentar engajamento e adesão, há evidências que apontam o benefício, mas também há muita heterogeneidade de desenho, intervenções e desfechos, cujo resultado é uma dificuldade em generalizar os achados. Ainda assim é possível tirar algumas lições comportamentais dos estudos:

1. O fato do paciente ter um dispositivo que permita algum monitoramento aumenta o engajamento do paciente no autocuidado, resultando em maior adesão ao tratamento.
2. Sistemas de mensageria são simples e efetivos como lembretes periódicos para o paciente persistir em níveis adequados de adesão. Se acoplados a possibilidade de *feedback* motivacional se tornam ainda melhores.
3. Ferramentas que permitem o contato com o paciente nos períodos compreendidos entre as consultas presenciais (teleconsultas e telemonitoramento) tem benefício clínico, especialmente em pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca.

CONCLUSÕES

Baixas taxas de adesão e engajamento do paciente no tratamento determinam aumento de morbidade das condições clínicas com impacto social e econômico. A ciência comportamental permite instrumentalizar o médico e equipe multiprofissional para permitir um diagnóstico de adesão mas principalmente poder interferir e melhorar o engajamento do paciente.

O uso de tecnologias em saúde permite amplificar as ações que visam aumentar o engajamento do paciente, destacando-se como importante:

- A) estimular o paciente para que ele se aproprie do seu auto cuidado (empoderamento do paciente), onde o uso de dispositivos de monitoramento pode ajudar ao compartilhar decisões com o paciente;
- B) simplificar prescrições, facilitando posologia;
- C) educação em saúde, onde a informação ao paciente é fundamental, inclusive para calibrar percepção de risco;
- D) discutir benefícios e barreiras eventuais para determinado tratamento (mais uma vez o modelo de crenças em saúde);
- E) definir metas de curto prazo, tangíveis (trabalhando auto-eficácia), dar *feedback* ao paciente, reconhecer o cumprimento de uma meta (auto-eficácia);
- F) entender o contexto social em que se insere o paciente e finalmente utilizar ferramentas tecnológicas como aliadas no tratamento.

CONFLITOS DE INTERESSE

Marcelo Katz: Recebeu honorários como palestrante ou consultor das empresas Abbvie, EMS e Novo Nordisk. Os demais autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005; 353(5): 487-97.
- Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al. Medication adherence: A call for action. *Am Heart J*. 2011; 162(3): 412-24.
- McCarthy R. The price you pay for the drug not taken. *Bus Health*. 1998; 16(10): 27-8, 30, 2-3.
- Lavsa SM, Holzworth A, Ansani NT. Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *J Am Pharm Assoc*. 2011; 51(1): 90-4.
- Yusuf S, Islam S, Chow CK, Rangarajan S, Dagenais G, Diaz R, et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet*. 2011;378(9798):1231-43.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008; 10(5): 348-54.
- de Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, de Lyra Jr DP. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults. *Res Social Adm Pharm*. 2014;10(3): 554-61.
- Morita F, Wajngarten M, Katz M, Fernandes-Silva MM, Caixeta A, Franken M, et al. Short- and Midterm Adherence to Platelet P2Y12 Receptor Inhibitors After Percutaneous Coronary Intervention With Drug-Eluting Stents. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2020; 25(5): 466-71.
- Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31: 399-418.
- Khan N, Marvel FA, Wang J, Martin SS. Digital Health Technologies to Promote Lifestyle Change and Adherence. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2017; 19(8): 60.
- Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q*. 1984; 11(1): 1-47.
- Katz M, Laurinavicius AG, Franco FGM, Conceicao RD, Carvalho JAM, Pesaro AEP, et al. Calculated and perceived cardiovascular risk in asymptomatic subjects submitted to a routine medical evaluation: The perception gap. *Eur J Prev Cardiol*. 2015; 22(8): 1076-82.
- Prochaska JM, Prochaska JO, Levesque DA. A transtheoretical approach to changing organizations. *Adm Policy Ment Health*. 2001; 28: 247-61.
- Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 1-26.
- Katz M, Bosworth HB. *Behavioral sciences in clinical practice. Einstein (Sao Paulo)*. 2016; 14(1): vii-xiv.
- National Agency for Telecommunication. (ANATEL). Internet. Acesso em 2020 July 07. Disponível em: www.anatel.gov.br
- Wald DS, Bestwick JP, Raiman L, Brendell R, Wald NJ. Randomised trial of text messaging on adherence to cardiovascular preventive treatment (INTERACT trial). *PLoS One*. 2014; 9(12): e114268.
- Treskes RW, van Winden LAM, van Keulen N, van der Velde ET, Beers SLMA, Atsma DE, et al. Effect of Smartphone-Enabled Health Monitoring Devices vs Regular Follow-up on Blood Pressure Control Among Patients After Myocardial Infarction: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(4): e202165.
- Kaplan AL, Cohen ER, Zimlichman E. Improving patient engagement in self-measured blood pressure monitoring using a mobile health technology. *Health Inf Sci Syst*. 2017; 5(1): 4.
- Zhu Y, Gu X, Xu C. Effectiveness of telemedicine systems for adults with heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Fail Rev*. 2020; 25(2): 231-43.
- Peng X, Su Y, Hu Z, Sun X, Li X, Dolansky MA, et al. Home-based telehealth exercise training program in Chinese patients with heart failure: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(35): e12069.
- Frederix I, Hansen D, Coninx K, Vandervoot P, Vandijck D, Hens N, et al. Effect of comprehensive cardiac telerehabilitation on one-year cardiovascular rehospitalization rate, medical costs and quality of life: A cost-effectiveness analysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2016; 23(7): 674-82.
- Barello S, Triberti S, Graffigna G, Libreri C, Serino S, Hibbard J, et al. eHealth for Patient Engagement: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2016; 6: 2013.

ASSOCIAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E SAÚDE CARDIOVASCULAR: DO CONCEITO À IDENTIFICAÇÃO DE PREDITORES INDEPENDENTES

THE ASSOCIATION BETWEEN MENTAL HEALTH AND CARDIOVASCULAR HEALTH: FROM THE CONCEPT TO THE IDENTIFICATION OF INDEPENDENT PREDICTORS



Clique para acessar o Podcast

Maurício Wajngarten¹
Anna Maria Andrei¹
Dirceu Almeida²
Cláudio Marcelo Bittencourt das Virgens³
Otávio Rizzi Coelho Filho⁴

1. Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil
2. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
3. Universidade do Estado da Bahia, Salvador, BA, Brasil
4. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Correspondência:
Maurício Wajngarten
Alameda Franca 1433, São Paulo, Brasil, 01422001.
mauricio@w123.com.br

RESUMO

A presente revisão tem por objetivo fornecer subsídios conceituais sobre a interconexão entre o binômio saúde (ou doença) mental e saúde cardiovascular. Para tanto foram apresentados alguns estudos experimentais ilustrativos e discutidas as principais hipóteses fisiopatológicas que poderiam explicar essa interconexão, incluindo a síndrome de Takotsubo como modelo. A fim de buscar a identificação de preditores independentes, os autores utilizaram dados epidemiológicos que indicam preditores dos vínculos bidirecionais entre as doenças mentais, principalmente depressão e ansiedade e as doenças cardiovasculares, em especial a doença da artéria coronária.

Descritores: Doenças Cardiovasculares; Saúde Mental; Ajustamento Emocional; Depressão; Epidemiologia.

ABSTRACT

This review aims to provide conceptual support on the interconnection between mental health (or illness) and cardiovascular health. It presents some experimental illustrative studies, and discusses the main pathophysiological hypotheses that could explain this interconnection, including Takotsubo Syndrome as a model. Seeking to identify independent predictors, the authors used epidemiological data to indicate predictors of bidirectional links between mental illness, particularly depression and anxiety, and cardiovascular disease, especially coronary artery disease.

Keywords: Cardiovascular Diseases; Mental Health; Emotional Adjustment; Depression; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Inúmeras pesquisas apontam interconexão entre doença cardiovascular (DCV) e doenças mentais, inclusive sugerindo relações causa-efeito entre ambas. No entanto, a natureza exata dessas interconexões ainda não foi claramente estabelecida.

A recente publicação das Diretrizes de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia chama a atenção para um aumento da prevalência de depressão maior em pacientes com DCV quando comparado com a comunidade em geral. Por outro lado, cerca de 15% dos pacientes com DCV desenvolvem transtorno depressivo maior, que se revela um marcador de risco independente do aumento da morbimortalidade.¹

As DCV representam 1/3 de todas as mortes no mundo² e as doenças mentais vem sendo incluídas entre os principais

contribuintes para esse cenário.^{3,4} O impacto das doenças mentais vai além, pois promovem incapacidade e contribuem para a mortalidade geral.⁵

Apesar de controvérsias quanto à qualidade das evidências, a *American Heart Association* foi levada a considerar a depressão como um fator de risco para pior prognóstico após síndromes coronárias agudas.⁶ Essa afirmação foi histórica pois representou a primeira variável "psicológica" a ser reconhecida oficialmente por uma grande organização nacional de saúde.

O objetivo deste artigo é revisar o conceito de interconexão entre saúde (ou doença) mental e cardiovascular, incluindo aspectos fisiopatológicos, bem como dados epidemiológicos que indicam preditores dos vínculos bidirecionais entre elas.

Vale ressaltar que vários transtornos mentais se sobrepõem a condições associadas a risco aumentado de doença coronariana, como a síndrome metabólica. Como será

discutido adiante, estilo de vida e padrões comportamentais (tabagismo, inatividade física, maus hábitos alimentares, má aderência ao tratamento) podem desempenhar papéis importantes na prevalência dessa síndrome em pacientes com transtornos mentais. Além disso, o uso de medicamentos antipsicóticos e, em menor grau, antidepressivos e estabilizadores de humor, pode aumentar o risco de doença coronariana, através de efeitos metabólicos e autonômicos.⁷

CONCEITO: ESTUDOS EM ANIMAIS

O papel do estresse psicológico na aterosclerose foi avaliado em experimentos em animais e alguns exemplos são ilustrativos.

Uma série de estudos em coelhos geneticamente predispostos à aterosclerose espontânea constatou que o ambiente social afetava a progressão da doença.⁸ Por outro lado, vários estudos foram realizados em macacos alimentados com dieta que promove o desenvolvimento de aterosclerose semelhante à observada em humanos. Esses animais respondem agressivamente a novos animais que tentam se juntar a seus grupos sociais e, assim, a colocação de estranhos dentro de grupos torna-se um desafio estressante ao configurar um ambiente desfavorável. No experimento, animais colocados em ambiente instável exibiram *stress* e comportamento agressivo. Comparados àqueles que permaneceram em um ambiente estável, eles apresentaram aterosclerose e vasoconstrição coronária mais extensas, independentemente de outros fatores.^{9,10}

Outro estudo avaliou a resposta da frequência cardíaca a um estresse padronizado por meio de ameaça de agressão aos macacos.¹¹ Com base na resposta da frequência cardíaca, os animais foram divididos em reatores de graus alto e baixo. Os reatores cardíacos altos tinham lesões vasculares duas vezes mais extensas do que as observadas nos reatores baixos e a administração de propranolol, em doses que produziram uma redução de 20% na frequência cardíaca, resultou em intensidade significativamente menor de aterosclerose.¹²

SÍNDROME DE TAKOTSUBO COMO MODELO

A *Síndrome de Takotsubo* (SdT), também chamada de “*Síndrome do coração partido*”, é uma condição caracterizada por insuficiência cardíaca aguda e disfunção contrátil ventricular transitória que é frequentemente precipitada por estresse físico ou emocional agudo. Os pacientes geralmente apresentam dor no peito, alterações eletrocardiográficas dinâmicas (alterações isquêmicas da onda T e/ou corrente de lesão subepicárdica supra do segmento ST), marcadores de necrose miocárdica elevados e anormalidades da contratilidade global do ventrículo esquerdo (VE) sem correspondência com um território coronariano específico; e função contrátil normal nas porções basais do VE na ausência de doença coronária obstrutiva grave; portanto, não surpreende que, por muitos anos, essa síndrome tenha sido confundida com infarto agudo do miocárdio.

A evolução do conhecimento mostrou que a SdT possui características clínicas únicas distintas do infarto agudo do miocárdio; e possui fisiopatologia distinta que não envolve

instabilidade aguda da placa aterosclerótica por ulceração, ruptura, fissura, hemorragia intraplaca que culminam em trombose coronária. Embora o mecanismo fisiopatológico preciso ainda permaneça incerto, há evidências significativas de que essa síndrome resulta da disfunção microvascular mediada por estresse induzida por importante atividade catecolaminérgica que induz toxicidade miocárdica, miocitólise focal reversível, infiltrado mononuclear e contração da banda necrótica; e subsequente miocárdio atordado. Essa entidade nosológica peculiar, pode servir como modelo exploratório da interconexão entre estresse psicoemocional, transtorno de ansiedade e disfunção miocárdica aguda, sendo situações estressoras o gatilho deflagrador da SdT em muitos pacientes. São exemplos disso: perda de uma pessoa amada, falência financeira/demissão, estresse perioperatório, festa surpresa, assalto/violência, entre outros. A prevalência da síndrome é mais alta em mulheres na pós-menopausa e isso foi confirmado em um estudo recente.¹³

A explicação desse achado seria uma elevação da atividade do sistema nervoso simpático e redução do tônus vagal e da sensibilidade barorreflexa em mulheres mais velhas. Além disso, a queda dos níveis de estrogênio na perimenopausa reduziria os mecanismos protetores desse hormônio sobre o endotélio e a vasoconstrição mediada por catecolaminas tornando as mulheres idosas particularmente suscetíveis à SdT durante períodos de estresse agudo e ativação simpática cardíaca.¹⁴

Na etiopatogênese da SdT, além da intensa descarga adrenérgica classicamente descrita, estudo recente documentou uma significativa ativação inflamatória miocárdica (local) e sistêmica na fase aguda da doença.

Com técnica de ressonância magnética utilizando partículas paramagnéticas ultra microscópicas de óxido de ferro que são fagocitadas por macrófagos, se documentou de forma elegante a presença de células inflamatórias ativadas no miocárdio, em concomitância com uma maior expressão sanguínea de monócitos pró-inflamatórios (CD14 e CD16) e elevação de interleucinas pró-inflamatórias (IL6, IL8), em uma grande casuística de pacientes com a SdT clássica, reforçando o elo entre *stress* mental e atividade inflamatória.¹⁵

ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS DA RELAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS MENTAIS E DOENÇA CARDÍACA

Os possíveis mecanismos para o aumento do risco de DCV em pessoas com transtornos mentais são complexos. Foram analisados principalmente quanto a doença arterial coronária (DAC) e incluem mecanismos biológicos, comportamentais, psicológicos e genéticos. Há uma interrelação entre esses mecanismos, porém, de modo geral, admite-se uma maior participação dos fatores comportamentais no aumento do risco cardiovascular.¹⁶ (Figura 1)

Muitos mecanismos biológicos têm sido implicados na associação dos transtornos mentais com o desenvolvimento e a progressão das DCV.

Níveis elevados de cortisol como resultado da atividade aumentada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal são um possível mecanismo biológico na ligação entre transtornos mentais e DAC. O cortisol participa dos processos fisiopatológicos que contribuem para a aterogênese.¹⁷

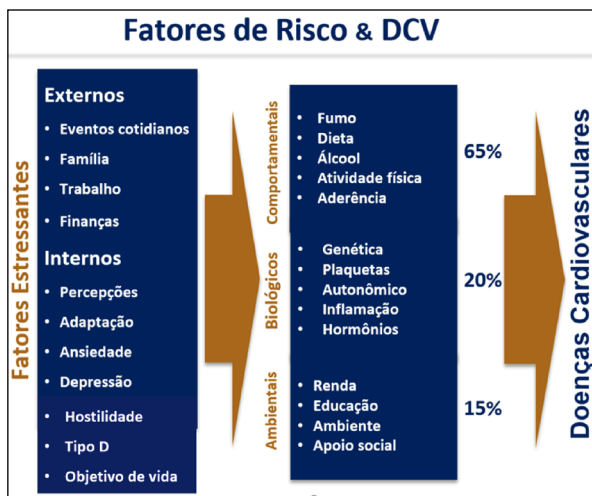


Figura 1. Fatores psicossociais e risco de doença cardiovascular: Os fatores estressantes comportamentais teriam uma maior participação no aumento do risco cardiovascular do que os fatores biológicos e ambientais.¹⁵

A hiperatividade do sistema simpático (conforme já comentado acima na Síndrome de Takotsubo) acompanha transtornos mentais, como depressão maior e transtornos de ansiedade e pode aumentar o risco de eventos cardiovasculares, incluindo a morte.¹⁸

A inflamação pode ser um fator etiológico compartilhado para transtornos mentais e DCV. Ela contribui para o desenvolvimento, sustentação e progressão da aterosclerose.¹⁹⁻²¹ Por outro lado, o tratamento antidepressivo parece ter um efeito atenuante nos estados pró-inflamatórios observados na depressão.²²

A hiperatividade plaquetária tem um papel relevante nos eventos trombóticos. Vários estudos corroboram a hipótese de que a depressão maior esteja associada ao aumento da reatividade plaquetária.²³ Dado o vínculo estabelecido entre serotonina e depressão; e o fato de a serotonina ser, quase exclusivamente, armazenada em plaquetas, que associado ao aumento da reatividade plaquetária está firmemente ligado à DCV.²⁴ Desse modo, a hipótese mecanística da disfunção plaquetária é um elo lógico entre depressão e DAC.

Como exemplo da relação “bidirecional” entre DCV e depressão, vale citar uma hipótese de mecanismo biológico pelo qual a cardiopatia poderia promover a depressão. Um experimento que utilizou ^{99m}Tc-SPECT, a partir da medida do RCBF (fluxo sanguíneo cerebral) em 17 pacientes idosos de DM-IC (depressão maior-Insuficiência cardíaca), em comparação com controles saudáveis, demonstrou reduções significativas do RCBF em pacientes com DM-IC, detectados no giro parahipocampal anterior esquerdo e no hipocampo posterior direito. Esses achados são consistentes com a noção de que a região temporal medial é vulnerável a déficits de perfusão cerebral associados a IC, e fornecem evidências de que tais déficits funcionais podem estar especificamente implicados na fisiopatologia da DM associado a IC. Desse modo, pode-se depreender que sintomas depressivos são frequentemente associados à insuficiência cardíaca.²⁵

Um estudo pioneiro em neuroimagem, foi o primeiro a vincular a atividade cerebral regional à subsequente doença cardiovascular. Os autores mostraram que a atividade

amigdaliana previu de forma independente e robusta os eventos cardiovasculares.²⁶ Porém, é importante salientar que, recentemente, um importante consórcio (ENIGMA MDD) apontou grandes limitações dos métodos de neuroimagem no estudo da depressão, particularmente como biomarcador de diagnóstico.²⁷

MECANISMOS COMPORTAMENTAIS

Uma grande contribuição do estudo INTERHEART foi a demonstração em um estudo caso-controle, onde se observou que mais de 90% do risco de infarto agudo do miocárdio atribuível à população foram contabilizados por nove fatores de risco modificáveis.²⁸ Um conjunto crescente de evidências, além do estudo INTERHEART, sugere uma forte associação entre estressores psicossociais na DCV.

Além disso, sabe-se hoje que a síndrome metabólica tem um grande componente comportamental. Um estudo recente de coorte de base populacional em quase 125 mil adultos, mostrou que até um terço dos pacientes com depressão apresentava aumento da rigidez arterial, um marcador de risco cardiovascular, que neste grupo de pacientes foi associado a síndrome metabólica.²⁹

Desse modo, distúrbios mentais, como depressão, esquizofrenia e doença bipolar e transtornos de ansiedade, estão associados a uma série de comportamentos que podem aumentar o risco de morbimortalidade cardiovascular. Especificamente, as pessoas com distúrbios psiquiátricos exibem comportamentos, geralmente, não saudáveis (dieta rica em gordura, tabagismo, uso de álcool ou outras substâncias, falta de exercício físico, descanso e relaxamento inadequados), que também são fatores de risco bem estabelecidos para a DCV. Além disso, esses pacientes têm principalmente baixa adesão terapêutica (aos medicamentos prescritos para controle dos fatores de risco e controle das DCV) e baixa adesão aos programas de reabilitação.¹⁶

MECANISMOS PSICOLÓGICOS

Os domínios da cardiologia comportamental consideram que os mecanismos psicológicos estão entre os fatores de risco e são classificados da seguinte forma: emoções negativas e condição mental (sintomas depressivos, ansiedade, pessimismo, raiva e hostilidade); *stress* crônico (situacional e percebido); isolamento social e falta de objetivo de vida.³⁰ (Figura 2)

O papel do *stress* e da ansiedade para o incremento do risco DCV, pode ser identificado a partir de evidências laboratoriais de intensa ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do sistema nervoso simpático. Estas alterações são expressas pelos elevados níveis séricos de cortisol, de catecolamina, de marcadores de inflamação (CD40 ligante, PCR de alta sensibilidade, IL-6), anormalidades metabólicas, hiperagregabilidade plaquetária, disfunção endotelial, hipertensão e resistência à insulina. Tais alterações neuro-humorais estão associadas a aceleração da aterosclerose e ao desenvolvimento e / ou progressão da DCV.²⁹ Esses dados objetivamente indicam que a exposição a estressores psicossociais cotidianos está associada a maiores prejuízos na função endotelial em pacientes com depressão maior, sugerindo um potencial ligação mecanística entre *stress* diário e depressão com um maior risco cardiovascular.²⁹



Figura 2. Domínios da Cardiologia Comportamental.²⁹

A influência de fatores psicológicos na etiopatogenia da DCV tem sido demonstrada, principalmente os perfis de personalidade e fatores emocionais, como ansiedade, depressão e estresse. De fato, existe forte associação entre stress emocional e a ocorrência do primeiro infarto (IAM). Pessoas com infarto do miocárdio relataram maior prevalência de fatores de stress consistentes entre diferentes regiões, grupos étnicos e gêneros.³¹

À luz das atuais evidências científicas, ainda, há dúvida razoável sobre a influência da personalidade Tipo A (competitividade e hostilidade) no risco de DCV. Por outro lado, algumas evidências indicam que a personalidade Tipo D (afetividade negativa e inibição social) pode estar associada à vulnerabilidade da placa aterosclerótica.³²

MECANISMOS GENÉTICOS

Várias doenças mentais, assim como doenças cardiometabólicas apresentam componente hereditário. Estudos realizados com pares de gêmeos e estudos genéticos moleculares revelaram correlações genéticas relativamente modestas entre anormalidades cardiometabólicas, DCV e distúrbios mentais. Essas observações sugerem haver, embora persistam dúvidas, potenciais efeitos pleiotrópicos de um locus genético compartilhado que está associado tanto a transtornos mentais como a doenças cardiometabólicas.^{33,34}

IDENTIFICAÇÃO DE PREDITORES INDEPENDENTES

A identificação de preditores independentes exige uma revisão ampla sobre os aspectos epidemiológicos da relação entre transtornos mentais e DCV. Esses aspectos foram revistos recentemente. A maior parte dos estudos mais consistentes foi realizada na análise da progressão, evolução e no desenvolvimento da DAC associada à depressão.³¹

A prevalência de depressão é, em comparação com a

população em geral, significativamente maior em pacientes com DAC. Mais de um quinto de todos os pacientes com DAC está deprimido (com o risco de depressão maior nos casos mais graves de DAC) e 30% relatam sintomas depressivos relevantes. Estes números de prevalência são pelo menos quatro vezes maiores do que na população geral.³¹

Sintomas de ansiedade e transtornos ansiosos como a síndrome do pânico são comuns em pacientes com DCV. Eventos cardíacos súbitos, seguidos por tratamentos como cirurgia de revascularização miocárdica podem ser potencialmente traumáticos, levando ao desenvolvimento de stress pós-traumático (STP). Sintomas do STP ocorrem em 10% a 25% dos pacientes com síndrome coronária aguda.³¹

Em pacientes com insuficiência cardíaca, via final comum da maioria das DCV, a prevalência de depressão é quatro a cinco vezes maior do que na população em geral.³⁵

IMPACTO SOBRE A PROGRESSÃO E EVOLUÇÃO DA DCV

Pessoas com doença mental grave, incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar e transtorno depressivo maior, têm uma taxa de mortalidade média duas a três vezes maior que a população geral. As DCV são a causa mais comum de morte em pessoas com doença mental grave. Uma grande meta-análise avaliou as taxas de prevalência, incidência e mortalidade por DCV em mais de três milhões de pacientes com doenças mentais graves combinadas e específicas comparadas às taxas em mais de 113 milhões de controles. Observou-se que este grupo de pacientes tem um risco 51% maior em estudos transversais; e 54% maior em estudos longitudinais de DCV versus os controles. Os dados mostraram também que pacientes com esquizofrenia e depressão maior apresentam risco aumentado de DAC quando comparados aos controles.³¹

Embora a prevalência de depressão na DAC estabelecida seja maior em mulheres que em homens, a depressão está

mais fortemente relacionada a um pior prognóstico cardíaco em homens do que em mulheres. Parece existir uma relação dose-resposta entre sintomas depressivos e eventos cardíacos em pacientes com DAC e estes apresentam maior risco de eventos cardiovasculares recorrentes e mortalidade. Uma meta-análise de mais de 25 anos de pesquisa sobre a relação entre depressão pós-infarto do miocárdio e prognóstico cardíaco mostrou que a presença da depressão está associada a um risco de 1,6 a 2,7 vezes maior de eventos graves em 24 meses de evolução.³¹ Por outro lado, são menos robustos alguns dados que sugerem uma associação da depressão com maiores taxas de morbidade e mortalidade relacionadas à DAC.³⁶

Quanto à insuficiência cardíaca, estudo realizado na Dinamarca, de coorte de base populacional, incluindo todos os pacientes com uma primeira internação devido a insuficiência cardíaca analisou riscos de mortalidade por 19 anos. Observou-se que a presença de depressão foi preditor de mau prognóstico para mortalidade por todas as causas nos pacientes com fração de ejeção do ventrículo esquerdo $\leq 35\%$.³⁵ Em concordância com um estudo chinês, com acompanhamento das coortes *China Kadoorie Biobank* (CKB) e *Dongfeng-Tongji* (DFTJ), demonstrou consistentemente que a depressão estava associada a maior risco de mortalidade por todas as causas e cardiovascular, porém com associações significativas apenas em homens.³⁷

Recentemente, os investigadores do estudo PURE (*Prospective Urban Rural Epidemiology Study*) publicaram um grande estudo de coorte, incluindo 21 países e mais de 145 mil participantes. Os resultados revelaram um aumento de 20% em eventos cardiovasculares e de mortalidade nas pessoas com quatro ou mais sintomas depressivos em comparação àqueles que não apresentavam esses sintomas. O risco relativo aumentou em todos os níveis econômicos, mas foi mais do que o dobro nas áreas urbanas em comparação com as rurais.³⁸

O REGARDS (*Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke*), um estudo longitudinal nacional de base populacional com quase 30 mil adultos com mais de 45 anos, mostrou que os sintomas depressivos graves conferiram um risco aumentado de mortalidade por todas as causas, DCV, morte não DCV e morte por câncer, particularmente naqueles com saúde excelente ou muito boa.³⁹

Na América Latina foi demonstrada associação da depressão e do estresse psicossocial permanente com a ocorrência de IAM. Quando o risco atribuível na população na América Latina foi comparado aos de outros países participantes do estudo INTERHEART, as maiores diferenças foram observadas no estresse permanente (28% na América Latina *versus* 7,8% em outros países).⁴⁰

Uma suposta ligação entre ansiedade e DCV tem sendo discutida há mais de 100 anos. Porém, a relação entre essas condições ainda precisa ser esclarecida. Tal associação seria responsável por um aumento substancial da morbimortalidade cardiovascular, particularmente o transtorno de ansiedade generalizada. Vale ressaltar que em vários estudos com longo seguimento foi relatada uma relação "dose-resposta" entre o grau de ansiedade e o risco evolutivo da cardiopatia. A presença de sintomas de stress pós-traumático duplica o risco de recorrência ou morte dentro de um a três anos, em comparação com pacientes cardíacos que não desenvolvem esses sintomas.³¹

Vale, ainda, citar uma análise de 21 estudos que observou uma associação de sintomas de apatia com riscos aumentados de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e mortalidade observado em idosos, independentemente de sintomas depressivos.⁴¹

Impacto sobre o desenvolvimento (incidência) da DCV

Além do papel sobre os pacientes com DAC estabelecida, estudos mais recentes rigorosos e prospectivos têm revelado também o papel da depressão como fator de risco independente no desenvolvimento da DAC. A associação dos distúrbios ansiosos levaria a um aumento do risco leve a moderado no desenvolvimento da DCV, principalmente a ansiedade fóbica. Essa associação segundo uma metanálise de 20 estudos foi independente de variáveis demográficas, fatores de risco biológicos e comportamentos de saúde. Por outro lado, há evidências de que estresse persistente ou intenso e SPT podem estar independentemente associadas a um risco aumentado de desenvolver DAC durante um período relativamente curto.

Entre essas evidências destacam-se três estudos: 1) revisão sistemática e metanálise, em mais de 400 mil indivíduos inicialmente sem evidência clínica de DAC, observou que o SPT estava associada a um risco de incidência de DAC 27% maior (assim como da mortalidade), mesmo após ajuste para inúmeras variáveis de confusão, incluindo depressão; 2) estudo de coorte prospectivo em soldados americanos que participaram de combates revelou que, comparados aos não combatentes, o impacto do SPT associou-se a um risco aumentado de 63% na incidência de DAC; e, 3) estudo em 281 pares de gêmeos acompanhados em média por 13 anos constatou que a incidência de DAC era mais que o dobro nos sujeitos com SPT, mesmo após o ajuste para fatores de estilo de vida, outros fatores de risco para DCV e outros diagnósticos psiquiátricos.³¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão é um dos principais ônus de prejuízo à saúde em todo o mundo. A prevalência atual estimada de transtorno depressivo maior foi de 4,7% e a taxa de incidência anual estimada de 3,0% em todo o mundo. O estudo global sobre o impacto das doenças de 2016 relatou que mais de 34 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade para todas as idades (DALYs) foram atribuídos à depressão.¹⁻⁵

Parece haver uma real relação bidirecional entre depressão e DAC. Porém, persistem controvérsias e indefinições sobre a relação causal entre depressão e mortalidade. Vale ressaltar que uma análise recente de 293 estudos com mais de três milhões e meio de participantes concluiu que a associação positiva entre depressão e mortalidade foi baseada em estudos de baixa qualidade.⁴²

Ademais, ainda restam dúvidas sobre a extensão em que os transtornos de depressão e ansiedade contribuem de maneira conjunta e independente para o risco de DAC. De fato, existem altos níveis de heterogeneidade relacionados às diferenças metodológicas entre estudos sobre o risco de DCV associado à ansiedade. As análises de sensibilidade mostraram que provavelmente a exclusão da depressão atenua a relação entre ansiedade e os riscos evolutivos em pacientes com DAC.

Embora medicamentos e intervenções psicossociais possam reduzir a resposta fisiológica a algumas formas de estresse, não existem dados convincentes sobre benefícios dessas intervenções na prevenção ou regressão da aterosclerose em humanos. Possivelmente, a melhor adesão às recomendações médicas pode ser um efeito positivo dessas intervenções.

Além disso, há controvérsias sobre o impacto do tratamento farmacológico da depressão sobre os riscos de eventos cardiovasculares. De modo geral, os estudos mais conhecidos sobre essa questão apresentaram limitações metodológicas e os resultados foram negativos.^{43,44} Mais recentemente, foram publicados alguns estudos com efeitos benéficos. Um estudo de coorte de mais de 5500 idosos acompanhados por 12 anos, sugeriu haver uma associação entre a redução no risco de eventos cardiovasculares com o uso de antidepressivos; e os autores especulam se esse achado poderia ser atribuído a melhora do humor,⁴⁵ embora tal associação não garanta causalidade. Em favor dessa hipótese, um ensaio clínico randomizado, que incluiu 300 pacientes com síndrome coronariana aguda recente e depressão, mostrou que o tratamento com antidepressivo durante seis meses associou-se à redução na ocorrência de desfechos cardíacos adversos após um acompanhamento médio de 8,1 anos.⁴⁶

Por outro lado, deve ser enfatizado que deprimidos, em especial os idosos, são mais vulneráveis a doenças e iatrogenia. Um estudo de caso-controle realizado na Itália

envolveu pacientes com cardiopatia que reinternaram devido a eventos cardiovasculares. Nesse estudo, verificou-se uma associação entre o uso de qualquer antidepressivo e riscos aumentados de insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas e acidente vascular cerebral.⁴⁷ O desenho deste estudo apresenta limitações, porém enfatiza a necessidade de mais pesquisa sobre o tema.

A revisão presente tem por objetivo fornecer subsídios conceituais sobre a interconexão entre o binômio saúde (ou doença) mental - saúde cardiovascular. Para tanto foram apresentados alguns estudos experimentais ilustrativos e discutidas as principais hipóteses fisiopatológicas que poderiam explicar essa interconexão, incluindo a Síndrome de Takotsubo como modelo.

A fim de buscar a identificação de preditores independentes os autores utilizaram dados epidemiológicos que indicam preditores dos vínculos bidirecionais entre as doenças mentais, principalmente depressão e ansiedade e as doenças cardiovasculares, em especial a doença arterial coronária.

Em conclusão, tudo indica que, realmente, “não há saúde sem saúde mental”.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Prêcoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar COM, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society Of Cardiology – 2019 Arq Bras Cardiol. 2019; 113(4):787-891
2. World Health Organization (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). Fact sheet, updated May 2017. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
3. Goldstein BI, Carnethon MR, Matthews KA, McIntyre RS, Miller GE, Raghuvver G, et al. Major depressive disorder and bipolar disorder predispose youth to accelerated atherosclerosis and early cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2015;132(10):965-86.
4. Fang F, Arnberg FK, Mataix-Cols D, de la Cruz LF, Almqvist C, Fall K, et al. Stress related disorders and risk of cardiovascular disease: population based, sibling controlled cohort study. BMJ. 2019;365:11255.
5. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2015;72(4):334-41.
6. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2014;129(12):1350-69.
7. Yu ZH, Jiang HY, Shao L, Zhou YY, Shi HY, Ruan B. Use of antipsychotics and risk of myocardial infarction: a systematic review and metaanalysis. Br J Clin Pharmacol. 2016; 82(3):624-32.
8. McCabe PM, Gonzales JA, Zaias J, Szeto A, Kumar M, Herron AJ, et al. Social environment influences the progression of atherosclerosis in the watanabe heritable hyperlipidemic rabbit. Circulation. 2002;105(3):354-59.
9. Manuck SB, Kaplan JR, Matthews KA. Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. Arteriosclerosis. 1986; 6(1):2-14.
10. Williams JK, Vita JA, Manuck SB, Selwyn AP, Kaplan JR. Psychosocial factors impair vascular responses of coronary arteries. Circulation. 1991; 84:2146-53.
11. Manuck SB, Kaplan JR, Clarkson TB. Behaviorally induced heart rate reactivity and atherosclerosis in cynomolgus monkeys. Psychosom Med. 1983; 45(2):95-108.
12. Kaplan JR, Manuck SB, Adams MR, Weingand KW, Clarkson TB. Inhibition of coronary atherosclerosis by propranolol in behaviorally predisposed monkeys fed an atherogenic diet. Circulation. 1987;76(6):1364-72.
13. Cammann VL, Szawan KA, Stähli BE, Kato K, Budnik M, Wischniewsky M, et al. Age-related variations in Takotsubo syndrome. J Am Coll Cardiol. 2020;75(16); 1869-77.
14. Wittstein IS. Why Age Matters in Takotsubo Syndrome EDITORIAL. J Am Coll Cardiol. 2020;75(16);1878-81.
15. Scally C, Abbas H, Ahearn T, Srinivasan J, Mezincescu A, Rudd A, et al. Myocardial and Systemic Inflammation in Acute Stress-Induced (Takotsubo) Cardiomyopathy. Circulation. 2019; 139(13):1581-92.
16. Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. J Am Coll Cardiol. 2008; 52(25):2156-62.
17. Zorn JV, Schür RR, Boks MP, Kahn RS, Joëls M, Vinkers CH. Cortisol stress reactivity across psychiatric disorders: a systematic review and metaanalysis. Psychoneuroendocrinology 2017; 77:25-36.
18. Scalco AZ, Rondon MU, Trombetta IC, Laterza MC, Azul JB, Pullenayegum EM, et al. Muscle Sympathetic Nervous Activity in Depressed Patients Before and After Treatment With Sertraline. J Hypertens. 2009;27(12):2429-36.
19. Andrei AM, Fraguas R Jr, Telles RM, Alves TC, Strunz CMC, Nussbacher A, et al. Major Depressive Disorder and Inflammatory Markers in Elderly Patients With Heart Failure. Psychosomatics. 2007; 48(4):319-24.

20. Franco FGM, Laurinavicius AG, Lotufo PA, Conceição RD, Morita F, Katz M, et al. Persistent Depressive Symptoms are Independent Predictors of Low-Grade Inflammation Onset Among Healthy Individuals. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(2): 103-09.
21. Heidt T, Sager HB, Courties G, Dutta P, Iwamoto Y, Zaltsman A, et al. Chronic variable stress activates hematopoietic stem cells. *Nat Med.* 2014; 20(7):754-58.
22. Fiedorowicz JG. Depression and cardiovascular disease: an update on how course of illness may influence risk. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(10):492.
23. Nasiłowska-Barud A, Zapolski T, Barud M, Wysokiński A. Overt and covert anxiety as a toxic factor in ischemic heart disease in women: the link between psychological factors and heart disease. *Med Sci Monit.* 2017;23:751-8.
24. Kim DA, McClure WG, Neighoff JB, Vaidya D, Williams MS. Platelet response to serotonin in patients with stable coronary heart disease. *Am J Cardiol.* 2014; 114(2):181-6.
25. Alves TC, Rays J, Fráguas R Jr, Wajngarten M, Telles RMS, Duran FLS, et al. Association between major depressive symptoms in heart failure and impaired regional cerebral blood flow in the medial temporal region: a study using 99m Tc-HMPAO single photon emission computerized tomography (SPECT). *Psychol Med.* 2006; 36(5):597-608.
26. Tawakol A, Ishai A, Takx RA, Figueroa AL, Ali A, Kaiser Y, et al. Relation between resting amygdalar activity and cardiovascular events: a longitudinal and cohort study *Lancet.* 2017; 389(10071):834-45.
27. Schmaal L, Pozzi E, Ho TC, van Velzen LS, Veer IM, Opel N, et al. ENIGMA MDD: seven years of global neuroimaging studies of major depression through worldwide data sharing. *Transl Psychiatry.* 2020;10(1):172.
28. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J.* 2008; 29(7):932-40.
29. Dregan A, Rayner L, Davis KAS, Bakolis I, de la Torre JA, Das-Munshi J, et al. Associations Between Depression, Arterial Stiffness, and Metabolic Syndrome Among Adults in the UK Biobank Population Study: A Mediation Analysis. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(6):598-606.
30. Rozanski A. Behavioral Cardiology: Current Advances and Future Directions. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64(1):100-10.
31. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018; 20(1): 31-40.
32. Lin P, Li L, Wang Y, Zhao Z, Liu G, Chen W, et al. Type D personality, but not Type A behavior pattern, is associated with coronary plaque vulnerability. *Psychol Health Med.* 2018; 23(2):216-23.
33. Milaneschi Y, Lamers F, Peyrot WJ, Baune BT, Breen G, Dehghan A, et al. Genetic Association of Major Depression With Atypical Features and Obesity-Related Immunometabolic Dysregulations. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(12):1214-25.
34. Amare AT, Schubert KO, Klingler-Hoffmann M, Cohen-Woods S, Baune BT. The genetic overlap between mood disorders and cardiometabolic diseases: a systematic review of genome wide and candidate gene studies. *Transl Psychiatry.* 2017;7(1):e1007.
35. Adelborg K, Schmidt M, Sundbøll J, Pedersen L, Videbech P, Bøtker HE, et al. Mortality risk among heart failure patients with depression: a nationwide population-based cohort study. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(9):e004137.
36. Wu Q, Kling JM. Depression and the risk of myocardial infarction and coronary death: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(6):e2815.
37. Meng R, Yu C, Liu N, He M, Lv J, Guo Y, et al. Association of Depression With All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality Among Adults in China. *JAMA Netw Open.* 2020;3(2):e1921043.
38. Rajan S, McKee M, Rangarajan S, Bangdiwala S, Rosengren A, Gupta R, et al. Association of Symptoms of Depression With Cardiovascular Disease and Mortality in Low-, Middle-, and High-Income Countries. *JAMA Psychiatry.* 2020; e201351.
39. Moise N, Khodneva Y, Jannat-Khah DP, Richman J, Davidson KW, Kronish IM, et al. Observational study of the differential impact of time-varying depressive symptoms on all-cause and cause-specific mortality by health status in community-dwelling adults: the REGARDs study. *BMJ Open* 2018;8:e017385
40. Lanus F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Latin America: The INTERHEART Latin American Study. *Circulation.* 2007; 115(9):1067-74.
41. Eurelings LSM, van Dalen JW, Ter Riet G, van Charante EPM, Richard E, van Gool WA, et al. Apathy and depressive symptoms in older people and incident myocardial infarction, stroke, and mortality: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Clin Epidemiol.* 2018;10:363-79.
42. Miloyan B, Fried E. A reassessment of the relationship between depression and all-cause mortality in 3,604,005 participants from 293 studies. *World Psychiatry.* 2017;16(2):219-20.
43. van Melle JP, de Jonge P, Honig A, Schene AH, Kuyper AMG, Crijns HJGM, et al.; Effects of antidepressant treatment following myocardial infarction. *Br J Psychiatry.* 2007; 190:460-6.
44. Glassman AH, Bigger JT Jr, Gaffney M. Psychiatric characteristics associated with long-term mortality among 361 patients having an acute coronary syndrome and major depression: seven-year follow-up of SADHART participants. *Arch Gen Psychiatry.* 2009; 66(9):1022-29.
45. Almeida OP, Ford AH, Hankey GJ, Golledge J, Yeap BB, Flicker L. Depression, antidepressants and the risk of cardiovascular events and death in older men. *Maturitas* 2019;128: 4-9.
46. Kim JM, Stewart R, Lee YS, Lee HJ, Kim MC, Kim JW, et al. Effect of Escitalopram vs Placebo Treatment for Depression on Long-term Cardiac Outcomes in Patients With Acute Coronary Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2018;320(4):350-58.
47. Biffi A, Rea F, Scotti L, Lucenteforte E, Vannacci A, Lombardi N, et al.; Italian Group for Appropriate Drug prescription in the Elderly (I-GrADE). Antidepressants and the Risk of Cardiovascular Events in Elderly Affected by Cardiovascular Disease: A Real-Life Investigation From Italy. *J Clin Psychopharmacol.* 2020; 40(2):112-21.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO QUE ENVOLVEM ESPIRITUALIDADE EM CARDIOLOGIA

PREVENTION AND TREATMENT STRATEGIES INVOLVING SPIRITUALITY IN CARDIOLOGY

Fernando Nobre¹
Gustavo Bernardes de
Figueiredo Oliveira^{2,3}
José Francisco Kerr
Saraiva⁴
Lucélia Magalhães⁵
Sérgio Menezes Couceiro⁶

1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP, Brasil

3. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. São Paulo, SP, Brasil

4. Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC - Campinas). Campinas, SP, Brasil.

5. Faculdade de Tecnologia e Ciência UniFTC. Itabuna, BA, Brasil

6. Hospital Santa Izabel. Cabo Frio, RJ, Brasil.

Correspondência:

Fernando Nobre
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-HCFMUSP.

R. Ten. Catão Roxo, 3900 - Vila Monte Alegre. 14015-010 Ribeirão Preto, SP, Brasil.

fernando.nobre@uol.com.br

RESUMO

Neste texto, são discutidas estratégias de prevenção e tratamento que envolvem espiritualidade em alguns aspectos da cardiologia. Iniciando por aspectos conceituais de espiritualidade, religião e religiosidade, falamos de espiritualidade no contexto de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca, com uma análise final que aborda a espiritualidade como um empenho constante da humanidade em busca de sua compreensão e seu papel na vida em geral e, sobretudo nas doenças. Para entender os sentimentos envolvidos no papel da espiritualidade nas doenças cardiovasculares em geral e em algumas específicas, são abordados conceitos relevantes como: compaixão, gratidão, perdão, ansiedade e depressão, entre outros aspectos que influenciam a vida cotidiana e podem levar a mecanismos que desencadeiam ou agravem as doenças cardiovasculares já presentes.

Descritores: Espiritualidade; Doenças Cardiovasculares; Hipertensão Arterial; Insuficiência Cardíaca.

ABSTRACT

This text discusses prevention and treatment strategies involving spirituality in some aspects of cardiology. Starting with conceptual aspects about spirituality, religion and religiosity, we talk about spirituality in the context of arterial hypertension and heart failure, with a final analysis that addresses spirituality as an ongoing search of humanity, as it seeks to understand its role in life in general, and in diseases in particular. To understand the feelings involved in the role of spirituality in cardiovascular diseases in general, and in some specific diseases, we address some relevant concepts, such as: compassion, gratitude, forgiveness, anxiety and depression, among other aspects that influence daily life and can lead to mechanisms that trigger or aggravate already existing cardiovascular diseases.

Keywords: Spirituality; Cardiovascular Diseases; Hypertension; Heart Failure.

INTRODUÇÃO

Doenças cardiovasculares representam a causa líder de mortalidade nas populações adultas.¹

As suas manifestações são fundamentalmente relacionadas a fatores de risco caracterizados por, pelo menos, dez principais e clássicos como: tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes melito, obesidade, sedentarismo, consumo abusivo de álcool, hereditariedade, idade e gênero.

É claro que desse conjunto apenas três deles representados por hereditariedade, idade e gênero não são passíveis de modificações, sendo, por consequência, todos os demais modificáveis com os benefícios decorrentes de seus respectivos controles.

De acordo com o estudo InterHeart² que avaliou fatores de risco associados independentemente com infarto agudo

do miocárdio (IAM) em 52 países, incluindo o Brasil, ficou demonstrado que 90% do risco atribuível da população (RAP) era associado a nove fatores de risco simples de identificação e passíveis de modificação (dislipidemia, tabagismo, obesidade abdominal, diabetes, hipertensão arterial, sedentarismo, alimentação não-saudável, álcool e fatores psicossociais). Dentre os fatores de risco, aqueles denominados psicossociais (estresse e depressão) foram responsáveis por 33% do RAP associado ao IAM, impacto este maior do que fatores de risco consagrados como hipertensão arterial e diabetes. Complementarmente, o Estudo InterStroke avaliou os fatores de risco independentemente associados com acidente vascular encefálico (AVE) no mundo. Seguindo a mesma estratégia do InterHeart, estudo caso-controle, foi possível identificar 10 fatores de risco associados com 90% do RAP

(dislipidemia, tabagismo, obesidade abdominal, diabetes, hipertensão arterial, sedentarismo, alimentação não-saudável, álcool, fatores cardíacos e fatores psicossociais). Os fatores psicossociais, estresse e depressão, foram responsáveis por 17% do RAP associado ao AVE no mundo.³

As conclusões do estudo InterHeart, embora com as peculiaridades inerentes ao Brasil, não se mostrou diferente quando a população brasileira foi avaliada em um subestudo.⁴

Nessa publicação discutiremos, sob esse foco, as estratégias de prevenção e tratamento envolvendo espiritualidade em cardiologia tendo como foco três das principais manifestações de doenças do sistema cardiovascular: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e doença arterial coronariana.

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

O Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia define Espiritualidade como um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoais e com o aspecto de ser motivado pela vontade e passível de observação e de mensuração.⁵

Para Lucchese e Koenig, religião é um sistema organizado de crenças, práticas e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o transcendente ou o Divino e fomentar a compreensão do relacionamento e das responsabilidades de uma pessoa com os outros que vivem em comunidade.⁶

Religiosidade é quanto o indivíduo pratica, acredita e segue de alguma forma uma determinada religião. Pode ser organizacional (participação na igreja, templo ou serviços religiosos) ou não organizacional (rezar, ler livros ou assistir programas religiosos por iniciativa própria) e ainda Intrínseca (associação com o significado da vida, o processo interior com que a pessoa vivencia suas experiências).

A associação entre espiritualidade, religiosidade e desfechos clinicamente relevantes em diferentes áreas da saúde tem sido objeto de estudos observacionais desde a década de 1980.⁷

HIPERTENSÃO ARTERIAL E ESPIRITUALIDADE

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial (HA) e sua prevenção é bem estabelecido na literatura. Aumentar a ingestão de potássio, diminuir a de sódio, controlar o peso, preservação das horas de sono e se manter ativo mostram-se efetivos.^{8,9}

No âmbito das nossas emoções mais negativas como: controle da raiva, do estresse físico/emocional e da exaustão ocupacional (*burnout*) há evidências apontando na direção de redução da pressão arterial.^{10,11} Em relação as nossas emoções positivas ou virtudes, temos como estratégia de prevenção e tratamento da HA mais bem documentado a meditação,¹² disposição ao perdão¹³ e a musicoterapia.¹⁴

Em relação à meditação existem muitos tipos e formas de fazê-la, porém, todas, aumentam nossa capacidade de focar/concentrar, permitem uma familiarização com a

natureza e como funciona nossa mente, levam a redução da atividade simpática e sensação de mais paz e felicidade.¹⁵ Existem poucos estudos aleatorizados de boa qualidade para meditação e redução da pressão arterial. Alguns resultaram em reduções da pressão arterial e outros não.^{16,17} Estudos de metanálise, embora com fragilidades metodológicas mostraram que a meditação transcendental e a meditação Zen do budismo reduziram significativamente a pressão arterial.¹⁸

Em uma revisão sistemática da literatura, a meditação transcendental reduziu a pressão arterial sistólica (PAS) em aproximadamente 4 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) em torno de 2 mmHg, efeitos comparáveis a outras intervenções sobre estilo de vida.^{19,20} É provável que os resultados diferentes relacionem-se à ausência de uma padronização de questionários para avaliar os efeitos da meditação e das melhores ferramentas para se medir o seu impacto na pressão arterial. Assim, claramente existe a necessidade de estudos de intervenção com amostras maiores e métodos capazes de identificar não somente a redução na PA, mas também a melhora nos parâmetros como morbidade e mortalidade.

Outras formas de mudar o funcionamento de nossa mente podem ser documentadas por meio de exames de imagens como escaneamento e ressonância magnética cerebral funcional. Assim, embora não existam ainda estudos neste sentido com relação ao comportamento da pressão arterial, acreditamos que com o entendimento da neuroplasticidade, poderemos com a força do pensamento atingir a sensação de plenitude e alcançar pressões arteriais mais baixas.²¹

O estudo de Tibbits et al.,²² avaliando o papel do perdão no comportamento da pressão arterial mostrou que em pacientes com HA estágio 1 e com alto nível do sentimento de raiva, após oito semanas de treinamento foi capaz, de forma significativa, de reduzir a pressão arterial.

O sentimento de raiva foi avaliado pelo questionário STAXI-2, que estima tanto o nível da raiva quanto sua capacidade de controle. Foram aleatorizados 13 pacientes para treinamento ativo e 12 sem nenhuma intervenção. No grupo da intervenção houve queda do escore de raiva de 13 (desvio padrão=11.77) para 1.83 (desvio padrão=5.81) e foi observada uma correlação direta entre redução do escore de raiva maior e a queda da pressão arterial, tanto a sistólica como a diastólica.

Embora não tenha sido avaliada a intervenção de treinamento para o otimismo dos indivíduos pessimistas para observar a redução da pressão arterial, é plausível do ponto de vista hemodinâmico e neuronal que possa ocorrer.

Estudos mostraram que quando o cérebro está concentrado no "positivo" existe um benefício de mais sensação de felicidade, gratidão e otimismo. Estes três sentimentos estão imbricados.^{23,24}

As estratégias usadas pelos otimistas são: foco na solução, apoio social, exaltar o lado positivo nos momentos difíceis. Estes comportamentos e emoções levam ao menor nível de estresse emocional. Daí a plausibilidade já descrita de menores valores de pressão arterial.^{25,26}

ESPIRITUALIDADE E INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)

O coração tem sido percebido como um receptáculo que contém um acúmulo de provações da vida, emoções negativas e traumas familiares, resultando em tensão cardíaca e considerada uma causa indireta do infarto do miocárdio (IM)²⁷ e IC²⁸⁻³¹ e complicações após angioplastia.³²⁻³⁴ Referências na literatura sugerem espiritualidade como o centro das narrativas dos pacientes e identificadas como potencial ferramenta útil no pós-IM e reabilitação cardíaca.³⁵

Embora as terapias sejam amplamente utilizadas pela população em geral, poucos dados de alta qualidade são disponíveis para elucidar os mecanismos subjacentes a essas abordagens ou para provar sua segurança ou eficácia. Os achados epidemiológicos sugerem claramente que a compaixão,³⁶ gratidão,³⁷ ansiedade, depressão, adesão ao tratamento, qualidade de vida,³⁸ recuperação pós intervenção coronariana percutânea e afiliação espiritual estão associados a desfechos cardiovasculares,³⁹ mas os efeitos de terapias nas histórias naturais das doenças cardiovasculares permanecem indefinidos.

Compaixão

Em uma metanálise de Sinclair³⁶ cerca de 90 estudos da literatura de enfermagem e cuidados de saúde em geral foram incluídos na revisão. Os resultados enfatizaram que a saúde física, emocional, social e espiritual dos profissionais de saúde é prejudicada pelo estresse cumulativo relacionado ao seu trabalho, que pode impactar na prestação de serviços. Segundo esse mesmo autor nas últimas duas décadas a fadiga da compaixão (indiferença, frieza) tornou-se contemporâneo e icônico eufemismo que deveria ser criticamente reexaminado em favor de um novo discurso sobre o profissional de saúde e o estresse relacionado com o trabalho.

Gratidão

O recente aumento da psicologia positiva estabeleceu a base teórica para estados positivos, como o envolvimento acadêmico. O engajamento acadêmico traz um estado de espírito positivo e afetivo-cognitivo caracterizado por vigor, dedicação e absorção acadêmica.

Ouweneel⁴⁰ abordou em seu estudo com dois ensaios clínicos aleatorizados, em condições experimentais (pensamentos de gratidão ou atos de bondade) e controle. E seus resultados não mostraram efeitos sobre as emoções negativas em nenhuma das duas intervenções. No entanto, intervenções psicológicas positivas demonstraram a promoção e engajamento acadêmico com redução de *burnout*.

Ansiedade

Borji³⁷ em pesquisa, com 71 cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca (IC), distribuiu aleatoriamente para intervenção e não intervenção tendo o grupo intervenção espiritual recebido seis sessões de 45 minutos em um período de duas semanas (14 dias; três vezes por semana; em dias alternados) (n = 34) e o grupo controle abordagem convencional (n = 37). O nível de ansiedade no grupo experimental três semanas após a intervenção (27,88 ± 7,10) foi significativamente menor em comparação com antes da

intervenção (45,06 ± 5,79) (p = 0,001). De acordo com os resultados, a intervenção espiritual reduziu o nível de ansiedade nos cuidadores de pacientes com IC.

Depressão

Abdi²⁸ relata em relação ao efeito positivo do programa religiosidade-espiritualidade, na depressão e na satisfação com a vida dos idosos com insuficiência cardíaca, e sugere que esse programa seja fornecido a esses pacientes pelos profissionais de saúde. Não houve diferença significativa entre a média (DP) de depressão no grupo experimental [47,80 (10,48)] e controle [49,87 (11,40)] antes da intervenção (p = 0,62), mas após a intervenção, a média (DP) de depressão do grupo teste [28,28 (14,78)] foi menor que a do grupo controle [50,44 (14,02)] (p=0,006), demonstrando assim o benefício da intervenção em cardiopatas deprimidos.

RECUPERAÇÃO PÓS-INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA

A terapia noética (do grego nous = mente) é uma disciplina que estuda os fenômenos subjetivos da consciência, da mente, do espírito e da vida a partir do ponto de vista da ciência. Como conceito filosófico, em linhas gerais define a dimensão espiritual do homem e podem reduzir a ansiedade, dor e angústia, aumentar a eficácia dos agentes farmacológicos ou afetar os resultados processuais a curto e longo prazo. Segundo Krucoff³² a aceitação pelos pacientes de adjuvantes noéticos à terapia invasiva convencional para síndromes coronarianas agudas foi excelente, e a logística foi viável. Nenhuma diferença nos resultados foi significativa; no entanto, os dados do índice de hospitalização sugeriram consistentemente um benefício terapêutico com a terapia noética. A demonstração definitiva dos efeitos do tratamento dessa magnitude seria viável em uma população de pacientes cerca de quatro vezes a do estudo piloto.

Krucoff³³ retorna e realiza em 2005 um novo estudo prospectivo e multicêntrico de duas dessas práticas: oração intercessora e terapia musical, imagética e de toque (MIT). 371 pacientes foram designados para oração e 377 para não oração; 374 receberam terapia MIT e 374 nenhuma terapia MIT. Nenhuma diferença significativa foi encontrada para o desfecho final composto primário (eventos cardiovasculares adversos maiores no hospital combinados e readmissão ou morte em seis meses) isso em qualquer comparação de tratamento, mas a mortalidade aos seis meses foi menor com a terapia com MIT do que sem terapia com MIT (razão de risco 0,35) (IC 95% 0,15-0,82, p = 0,016).

Concluímos que novos estudos precisam ser elaborados com intervenção voltada para buscar desfechos robustos em grupos de pacientes homogêneos e que reflitam a vida em mundo real e com casuística que justifique a intervenção voltada para a espiritualidade, deixando em segundo plano a religiosidade.

ESPIRITUALIDADE E O EMPENHO CONSTANTE DA HUMANIDADE POR COMPREENDÊ-LA

Desde o início da construção social, em análise retrospectiva feita por Paul D. White em 1949,⁴¹ existe a crença de influência

da religiosidade na saúde. Antes da concepção dos conceitos de saúde e doença ou de explorar o corpo humano para buscar na sua complexidade respostas, entendia-se que espíritos do mal precisavam ser exorcizados para obtenção da cura. A princípio estes rituais eram feitos por magos, posteriormente por padres e inclusive por médicos. Ressalta-se a importância da crença para desfechos positivos de doenças, assim, a mente é reconhecida como influenciadora do estado físico. Na Europa Medieval e até o século XVII, em análise dos diários de Ralph Josselin, Essex Vicar, and Robert Hooke⁴² percebe-se a permissão de diálogo da ciência para com a religião, de modo a auxiliar no entendimento do processo de morte.⁴² De modo atemporal, aponta para o desnecessário embate entre a ciência e a religião. O entendimento de que são complementares tornam o atendimento do paciente completo.⁴³ A partir deste pressuposto, analisa-se a capacidade comprobatória de prevenção de doença cardiovascular por meio da espiritualidade.

Witvliet et al., apresentaram análise de reação espontânea envolvendo o conceito do perdão no bem estar psicofisiológico. Os autores identificaram a presença de alterações do intervalo R-R em eletrocardiograma nos pacientes em diferentes estágios do perdão. Esses achados sugeriram uma correlação entre alteração do estado fisiológico frente a uma questão comportamental.⁴⁴ Obviamente necessita-se de melhor análise sobre a espiritualidade e suas interferências sobre o aparelho cardiovascular. Ressalte-se que outros achados semelhantes entre espiritualidade e parâmetros fisiológicos consolidam a relevância desse tema para a discussão.

Entretanto, em estudo com mais de 93 mil mulheres pós-menopausa de diferentes centros, a correlação da religiosidade com a redução de risco cardiovascular não foi comprovada.

O oposto se fez válido. Ao longo de sete anos de acompanhamento percebe-se que quanto mais assídua as mulheres afirmavam ser em sua prática espiritual, maior o número de eventos cardiovasculares. Um importante adendo, o estudo acompanhou anualmente as pacientes envolvidas, portanto, de modo distante, não avaliando a transição religiosidade - não religiosidade, e vice-versa.⁴⁵

O estudo MESA de grande relevância, também de análise multicêntrica e com amostragem abrangente, corroborou com a não relação entre o risco cardiovascular e espiritualidade. Após auto-classificação da fé pelos pacientes, acompanhou-se com exames físico, bioquímicos e de imagem a evolução e desfecho dos casos.⁴⁶ Apesar de o resultado, evidenciam-se questões subjetivas, muitas vezes vinculadas à religiosidade e que interferem diretamente no hábito de vida do paciente, o que pode influenciar na sua classificação de risco. Em amostragem analisada o consumo de tabaco teve maior incidência nos grupos de menor ou nenhum envolvimento espiritual. Por outro lado a obesidade foi mais prevalente em pacientes que referiram hábito religioso intenso. Este dado, por si, mostra a complexidade da relação entre espiritualidade e risco cardiovascular. Estudos semelhantes conduzidos no Oriente Médio mostraram que a adesão ao estilo de vida Islâmico apresentou relação com a redução do risco cardiovascular em sua estratificação e em avaliação por exames bioquímicos, entre eles o colesterol total e HDL.⁴⁷ Os autores trazem à discussão da relação entre a adoção do

islamismo como prática espiritual e a redução dos fatores de risco para a doença cardiovascular. Ressalte-se que quando o paciente ingressa nessa religião impõe-se seu seguimento de forma rigorosa, assim como de todos os seus preceitos.

A existência de uma pressão social nas comunidades para que o modelo de vida e as regras sejam respeitadas geram mudanças de hábitos importantes para a redução de risco cardiovascular. A restrição do consumo de bebidas alcoólicas e de alguns alimentos; a rigorosidade quanto à rotina espiritual; as regras morais e de convívio familiar são exemplos importantes. Retorna-se a intersecção dos hábitos de vida e a espiritualidade, dificultando distingui-las.

Neste sentido, uma recente metanálise envolvendo 184 estudos publicados que respeitaram os requisitos mínimos para análise científica mostrou a influência positiva da religiosidade e espiritualidade sob risco cardiovascular. Verificou-se a existência de impacto positivo, porém de discreto benefício quando se avaliou pressão arterial, marcadores de saúde vascular (colesterol) e de infarto do miocárdio, além da ocorrência de episódios de picos hipertensivos e estresse.⁴⁸ Corroborou com essa perspectiva o *Nurses Health Study II* que acompanhou mais de 44 mil mulheres não hipertensas por 12 anos. Verificou-se a associação entre religião e hipertensão. Os autores encontraram uma relação de modesta redução na propensão de mulheres religiosas evoluírem com hipertensão arterial, parcialmente mediada pelo índice de massa corporal. O que contesta o estudo MESA, e reitera a necessidade de avaliação da espiritualidade em si, como indutor de alterações fisiológicas e da espiritualidade como mecanismo de mudança de estilo de vida. Outro fator de importante análise no *Nurses Health Study II* foi a maior prevalência de depressão nos grupos de pouca ou nenhuma atividade religiosa, quando comparados àqueles indivíduos que possuam atividade religiosa recorrente. A mesma relação pode ser verificada entre religiosidade e menor consumo de tabaco.

Deste modo, enaltece-se a necessidade de estudos com avaliação multiprofissional e acompanhamento próximo dos pacientes envolvidos, elaborado sob a desafiadora perspectiva de distinção do que são alteração desencadeada pela espiritualidade e o que podemos associar como benefício de hábitos saudáveis em consequência da prática religiosa e/ou espiritual. Isso se faz necessário para que seja possível verificar o papel da espiritualidade *per se* na interferência de processos fisiológicos e, por conseguinte, da redução do risco cardiovascular. A complexidade da mente humana, do comportamento e das barreiras de transformações de hábitos precisam ser consideradas para comprovação científica desta correlação. O que não significa que devemos esperar uma comprovação sólida de que a espiritualidade interfere no paciente para envolvê-la na prática clínica. Em que pesem as dúvidas que pairam à luz das atuais (e limitadas) evidências, a espiritualidade do paciente deve ser sempre investigada e considerada para tratar do paciente em sua integralidade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

- Murray CJL, Lopez AD. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, INTERHEART Study Investigators. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al.; INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):953-62.
- Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin America study. *Circulation*. 2007;115(9):1067-74.
- Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787-891**
- Lucchese FA, Koenig HG. Religião, espiritualidade e doença cardiovascular: pesquisa, implicações clínicas e oportunidades no Brasil. *Rev Bras Cir Cardiovasc* [online]. 2013;28(1):103-128.
- Lucchetti G, Granero AL, Nobre F, Avezum Jr Á. Influência da Religiosidade e Espiritualidade na Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(3):186-8.
- Magalhães LBNC. Hipertensão: A grande oportunidade de prevenção. *Rev. Norte e Nordeste de Cardiologia*. 2005;5:1-3.
- Calhoun DA, Harding SM. Sleep and Hypertension. *Chest*. 2010;138(2): 434-43.
- Specia M, Carlson LE, Goodey E, Angen M. A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosom Med*. 2000;62(58):613-22.
- Jern S, Wall U, Bergbrant A. Long-Term Stability of Blood Pressure and Pressor Reactivity to Mental Stress in Borderline Hypertension. *Am J Hypertens*. 1995;8(1):20-8.
- Levine GN, Lange RA, Bairey-Merz CN, Davidson RJ, Jamerson K, Metha PK, et al. **Meditation and Cardiovascular Risk Reduction: A Scientific Statement From the American Heart Association. J Am Heart Assoc. 2017;6(10): e002218.**
- Tibbits D, Ellis G, Piramelli C, Luskin F, Lukman R. Hypertension reduction through forgiveness training. *J Pastoral Care Counsel*. Spring-Summer. 2006;60(1-2):27-34.
- Kühlmann AYR, Etnel JRG, Ross-Hesselink JW, Jeekel J, Bogers AJJC, Takkenberg JJM. **Systematic review and meta-analysis of music interventions in hypertension treatment: a quest for answers. BMC Cardiovasc Disord. 2016;16:69.**
- Younge JO, Gotink RA, Baena CP, Ross-Hesselink JW, Hunink MGM. **Mind-body practices for patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol. 2015;22(11):1385-98.**
- Parswani MJ, Sharma MP, Iyengar SS. Mindfulness-based stress reduction program in coronary heart disease: A randomized control trial. *Int J Yoga*. 2013;6(2):111-7.
- Ooi SL, Giovino M, Pak SC. **Transcendental meditation for lowering blood pressure: An overview of systematic reviews and meta-analyses. Complement Ther Med. 2017; 34:26-34.**
- Schneider RH, Staggers F, Alexander CN, Sheppard W, Rainforth M, Kondwani K, et al. A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension*. 1995;26(5): 820-7.
- Schwartz JM, Begley S. *The Brain that's changes itself in New York: The mind and the brain: neuroplasticity and the power of mental force.* New York: Harper Perennial. 2003.
- Vieten C, Wahbeh H, Cahn BR, McLean K, Estrada M, Mills P, et al. Future directions in meditation research: Recommendations for expanding the field of contemplative science. PLoSOne. 2018;13(11):e0205740**
- Worthington Jr EL, van Oyen Witvliet C, Lerner AJ, Sherer Michael. *Forgiveness in health research and medical practice.* Explore (NY); 2005: 1(3):169-76.
- Brenes GA, Stephen R, Rapp SR, Rejeski WJ, Miller ME. Do Optimism and Pessimism Predict Physical Functioning? *J Behav Med*. 2002;25(3):219-31.
- Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. Coping with stress: divergent strategies of optimism and pessimists. *J Pers Soc Psychol*. 1986;51(6):1257-64.
- Fredrickson BL. The Broaden and Build Theory of Positive Emotions. *Philos Trans R Soc Lond Biol Sci*. 2004;359(1449):1367-78.
- Brenes GA, Rapp SR, Rejeski WJ, Miller ME. Do Optimism and Pessimism Predict Physical Functioning? *J Behav Med*. 2002;25(3):219-31.
- Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. Coping with stress: divergent strategies of optimism and pessimists. *J Personality Social Psychology*. 1986;51(6):1257-64.
- Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health Place*. 2010;16(5):853-60.
- Abdi A, Soufinia, A, Borji M, Tarjoman A. The Effect of Religion Intervention on Life Satisfaction and Depression in Elderly with Heart Failure. *J Relig Health*. 2019;58(3):823-32.
- Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC, et al. Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2016;106(6):491-501.**
- Précima DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787-891.**
- Bekelman DB, Parry C, Curlin FA, Yamashita TE, Fairclough DL, Wamboldt FS. A comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(3):515-26.
- Krucoff MW, Crater SW, Green CL, Maas AC, Seskevich RN, Lane JD, et al. Integrative noetic therapies as adjuncts to percutaneous intervention during unstable coronary syndromes: Monitoring and Actualization of Noetic Training (MANTRA) feasibility pilot. *Am Heart J*. 2001;142(5):760-9.
- Krucoff MW, Crater SW, Gallup D, Blankenship JC, Cuffe M, Guarnieri M, et al. Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualization of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. *Lancet*. 2005;366(9481):211-17.
- Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart Lung*. 2010;39(2):105-15.
- Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al. The Palliative Care in Heart Failure: (PAL-HF) Randomized, Controlled Clinical Trial. J Am Coll Cardiol. 2017;70(3):331-41.**
- Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative**

-
- review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud.* 2017;69:9-24.
37. Borji M, Mousavimoghadam SR, Salimi, E, Otaghi M, Azizi Y. **The Impact of Spiritual Care Education on Anxiety in Family Caregivers of Patients with Heart Failure.** *J Relig Health.* 2019; 58(6): 1961–69.
38. Cheng ST, Tsui PK, Lam JH. **Improving mental health in health care practitioners: randomized controlled trial of a gratitude intervention.** *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(1):177–86.
39. Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circulation.* 2010;121(5):659-66.
40. Ouweneel E, Le Blanc PM, Schaufeli WB. On being grateful and kind: results of two randomized controlled trials on study-related emotions and academic engagement. *J Psychol.* 2014;148(1):37-60.
41. White PD. *The psyche and the soma: the spiritual and physical attributes of the heart. The Loevenhart Lecture.* University of Wisconsin, Madison. 1951.
42. Germain L, Sabroe I. The care of dying people in 16th- and 17th-century England. *Death Studies.* 2019; 1-8.
43. Bousfield S. Spiritual healing and the “guild of health”. *Br Med J.* 1910;2(2590):464-5.
44. Van Oyen Witvliet C, DeYoung NJ, Hofelich AJ, DeYoung PA. Compassionate reappraisal and emotion suppression as alternatives to offense-focused rumination: Implications for forgiveness and psychophysiological well-being. *The Journal of Positive Psychology.* 2011;6(4): 286-299.
45. Salmoirago-Blotcher E, Fitchett G, Hovey KM, Schnall E, Thomson C, Andrews CA, et al. Frequency of private spiritual activity and cardiovascular risk in postmenopausal women: the Women's Health Initiative. *Ann Epidemiol.* 2013;23(5):239-45.
46. Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circulation.* 2010;121(5):659-66.
47. Besharat MA, Hosseini SA, Jahed HA, Bahrami Ehsan H, Dortaj F. Introduce a New Intervention Model Based on Islamic Lifestyle for Decreasing the Risk of Cardiovascular Disease in People at Risk: A Comparative Study. *J Relig Health.* 2020; Online ahead of print.
48. Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *J Relig Health.* 2020;59(2):1035-54.
49. Spence ND, Farvid MS, Warner ET, VanderWeele T, Tworoger SS, Argentini MA, et al. **Religious Service Attendance, Religious Coping, and Risk of Hypertension in Women Participating in the Nurses' Health Study II.** *Am J Epidemiol.* 2020;189(3):193-203.



Confira nossos cursos através do site!

www.soces.org.br/centro-treinamento-soces



ACLS



BLS



PALS



ACLS EP



SAVIC



ACLS REFRESH



PALS REFRESH



FIRST AID

Contato Centro de Treinamento

(11) 3135-5614 Ramal 1012/1014

(11) 9 8724-9261 WhatsApp

**APROVEITE O CONTEÚDO CIENTÍFICO
SOCESP EM FORMATO DE PODCAST.
TANTO PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA
DA SAÚDE QUANTO PARA SEUS
PACIENTES.**

**+50
TEMAS**



DISPONÍVEL NAS PLATAFORMAS:


SPOTIFY • SOUND CLOUD

WEB-SOCESP

**ASSISTA O CONTEÚDO CIENTÍFICO
PREPARADO ESPECIALMENTE PARA VOCÊ!
NO FORMATO DE**

WEBINAR

DISPONÍVEL NA PLATAFORMA: **WEB-SOCESP**

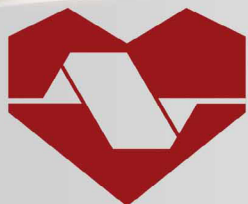


**Desafios nas Decisões no Tratamento
da Síndrome Coronária Crônica**

Intervenção Para Quem e Qual a Intervenção?

João Fernando Monteiro Ferreira
Presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo - SOCESP
Instituto do Coração (InCor) HCFMUSP
Disciplina de Cardiologia Centro Universitário Saúde ABC
Fellow American College of Cardiology e European Society of Cardiology

Acesse www.socespp.org.br/web-socespp



SOCESP

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo



SOCESP

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo



Conheça

O APP da SOCESP com nossos conteúdos e muita novidades! Acesso fácil na palma de sua mão.