

Suplemento da 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



**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



# Conheça

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

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

**WEBINAR**

DISPONÍVEL NA PLATAFORMA: **WEB-SOCESP**

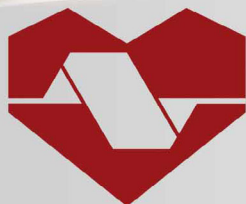


**Desafios nas Decisões no Tratamento  
da Síndrome Coronária Crônica**

**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

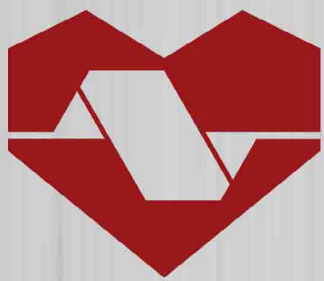
Acesse [www.socespp.org.br/web-socespp](http://www.socespp.org.br/web-socespp)



**SOCESP**

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo





# SOCESP

Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo

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

Notícias

Aulas Online

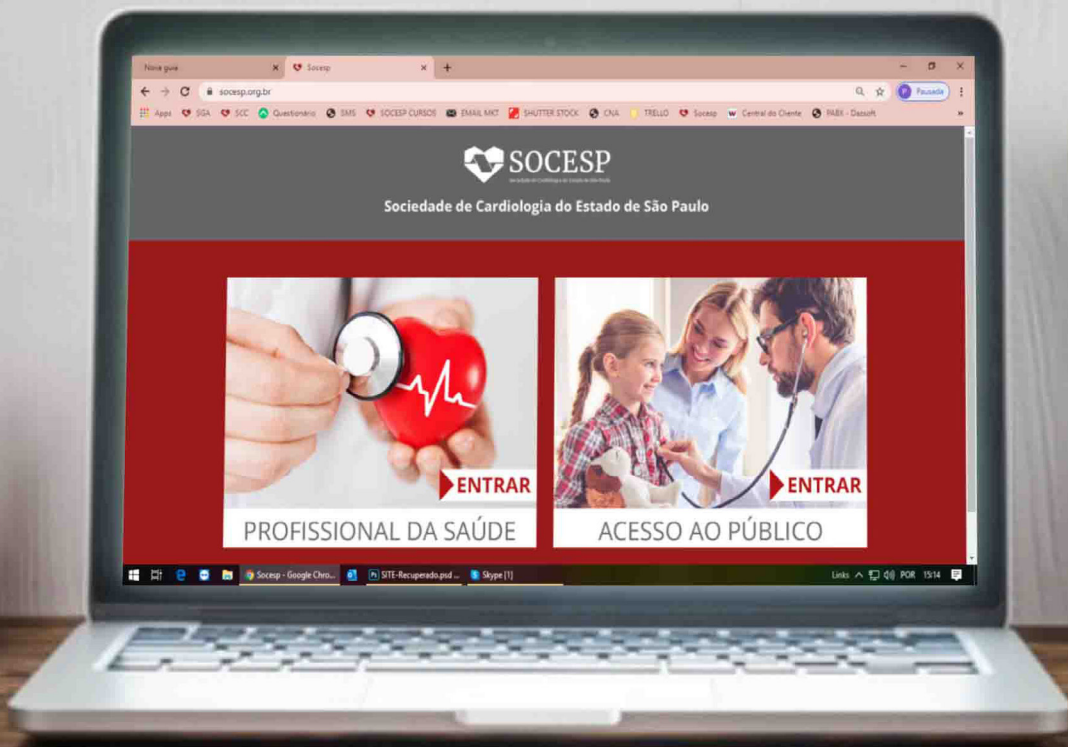
Área para seu Paciente

Eventos Médicos

Artigos Científicos

Certificados

e muito mais...



Indexada em:

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde ([www.bireme.br](http://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](http://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 Paola

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

### Lilija 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 Vinícius 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

### Paola Emanuela Poggio Smanio

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia São Paulo, SP, Brasil

### Paulo Andrade Lotufo

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 Marcotto

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

### Fisioterapia

Solange Guizzini  
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 Dalcin Sevierio  
Departamento de Serviço Social da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.



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**

Alvaro Avezum

**1º Tesoureiro**

Marcos Valério Coimbra de Resende

**2º Tesoureiro**

Rogério Krakauer

**Diretor de Publicações**

Marcelo Franken

**Diretora de Qualidade Assistencial**

Líliã 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**

Agnaldo Piscopo

**Coordenadora do Projeto Cardiointensivismo**

Ludhmila Abrahão Hajjar

**DEPARTAMENTOS / Biênio 2020-2021**

**DEPARTAMENTO EDUCAÇÃO FÍSICA**

**Diretor Executivo**

Tiago Fernandes

**Secretária**

Daniela Regina Agostinho

**Diretor(a) Científico(a)**

Carla Giuliano de Sá Pinto Montenegro

Larissa Ferreira dos Santos

Renato Lopes Pelaquim

**DEPARTAMENTO FARMACOLOGIA**

**Diretora Executiva**

Adriana Castello Costa Girardi

**Secretária**

Ana Lúcia Rego Fleury de Camargo

**Diretor(a) Científico(a)**

Alessandra Santos Menegon

Evandro José Cesarino

Leiliane Rodrigues Marcatto

**DEPARTAMENTO NUTRIÇÃO**

**Diretora Executiva**

Valeria Arruda Machado

**Secretária**

Juliana Tiekko Kato

**Diretor(a) Científico(a)**

Marcia Maria Godoy Gowdak

Nagila Raquel Teixeira Damasceno

Regina Helena Marques Pereira

**DEPARTAMENTO PSICOLOGIA**

**Diretor Executivo**

Rafael Trevizoli Neves

**Secretária**

Mayara Medeiros Nóbrega

**Diretor(a) Científico(a)**

Adriana Araújo de Medeiros

Sara Alves de Resende

Suzana Garcia Pacheco Avezum

**DEPARTAMENTO ENFERMAGEM**

**Diretora Executiva**

Eugênia Velludo Veiga

**Secretária**

Maria Keiko Asakura

**Diretor(a) Científico(a)**

Ana Carolina Queiroz Godoy Daniel

Ana Maria Miranda Martins Wilson

Rafaela Batista dos Santos Pedrosa

**DEPARTAMENTO FISIOTERAPIA**

**Diretora Executiva**

Valéria Papa

**Secretária**

Vanessa Marques Ferreira

**Diretor(a) Científico(a)**

Eliana Vieira Moderno

Solange Guizilini

Vera Lúcia dos Santos

**DEPARTAMENTO ODONTOLOGIA**

**Diretora Executiva**

Ana Carolina de Andrade Buhatem Medeiros

**Secretária**

Líliã Timerman

**Diretor(a) Científico(a)**

Frederico Buhatem Medeiros

Levy Anderson Cesar Alves

Paulo Sérgio Silva Santos

**DEPARTAMENTO SERVIÇO SOCIAL**

**Diretora Executiva**

Maria Barbosa da Silva

**Secretária**

Sandra dos Santos Cruz

**Assessora**

Elaine Maria Silva

**Diretor(a) Científico(a)**

Elaine Cristina Dalcin Seviero

Elaine Fonseca Amaral da Silva

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](mailto:socio@socesp.org.br) / Website: [www.socesp.org.br](http://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](mailto:socio@socesp.org.br)

Coordenação editorial, criação, diagramação, revisão e tradução



**Atha Comunicação e Editora**

Tel.: 11 5087 9502 – [1atha@uol.com.br](mailto:1atha@uol.com.br)

Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo  
São Paulo – SP Brasil. V. 1 – 1991 –  
Substitui Atualização Cardiológica, 1981 – 91

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

WG100  
CDU 616.1(05)

CDD<sub>16</sub>616.105  
NLM W1

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

O Suplemento da Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo é parte integrante da Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo e publica artigos nas áreas de saúde como enfermagem, fisioterapia, educação física, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, farmácia.

Cada edição do Suplemento conterà um ou dois temas centrais, a critério do Diretor de Publicações.

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.

O Suplemento da Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo segue na íntegra a tendência internacional do estilo Vancouver, disponível ([www.icmje.org.br](http://www.icmje.org.br)).

**ORGANIZAÇÃO DO ARQUIVO ELETRÔNICO:** O artigo deverá ter até 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: Springer-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.

## EDUCAÇÃO FÍSICA

- A ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE SAÚDE E EDUCAÇÃO FÍSICA** ..... 379  
*SPIRITUALITY IN THE EDUCATION OF HEALTH PROFESSIONALS: REFLECTIONS ON HEALTH AND PHYSICAL EDUCATION*  
Rossano André Dal-Farra  
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003379-85>

## ENFERMAGEM

- O IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO INTEGRATIVA** ..... 386  
*THE IMPACT OF QUALITY OF LIFE IN THE MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH HEART FAILURE: AN INTEGRATIVE REVIEW*  
Cynthia Kallás Bachur, Sarah da Silva Candido, Jose Alexandre Bachur, Ana Carolina Queiroz Godoy Daniel, Barbara Carolyn Pereira Costa, Isabella Wilson Paiva Goncalves, Laura Reche Barcelos, Victoria Garibalde Hilario, Eugenia Velludo Veiga  
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003386-91>

## FARMACOLOGIA

- OTIMIZAÇÃO DA ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA POR MEIO DO CUIDADO FARMACÊUTICO** ..... 392  
*OPTIMIZATION OF PHARMACOTHERAPEUTIC ADHERENCE THROUGH PHARMACEUTICAL CARE*  
Débora Bernardes Francisco, Julia Sumie Nakaima Fugita, Regina Queiroz Machtura, Renata Parducci de Oliveira, Thamiris Cardoso Santos  
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003392-6>

## NUTRIÇÃO

- NUTRIÇÃO E ESPIRITUALIDADE** ..... 397  
*NUTRITION AND SPIRITUALITY*  
Gisela Palumbo Comarovschi Savioli, Roque Marcos Savioli  
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003397-401>

## ODONTOLOGIA

- RESILIÊNCIA, CARDIOLOGIA, ODONTOLOGIA INTERDISCIPLINAR E SOCIAL** ..... 402  
*RESILIENCE, CARDIOLOGY, AND INTERDISCIPLINARY AND SOCIAL DENTISTRY*  
Celia Regina Lulo Galitesi, Lilia Timerman  
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003402-7>

## SERVIÇO SOCIAL

- A ESPIRITUALIDADE COMO FATOR DE FORTALECIMENTO NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DO PAPEL DE CUIDADOR DOMICILIAR DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS** ..... 408  
*SPIRITUALITY AS A STRENGTHENING FACTOR IN THE SOCIAL CONSTRUCTION OF THE ROLE OF CAREGIVERS OF PATIENTS IN PALLIATIVE HOME CARE*  
Leticia Andrade  
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003408-13>

## GRUPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

- A DIMENSÃO ESPIRITUAL INTEGRADA ÀS NECESSIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS NA CARDIOPATIA AVANÇADA** ..... 414  
*THE SPIRITUAL DIMENSION INTEGRATED WITH PALLIATIVE CARE NEEDS IN ADVANCED CARDIOPATHY*  
Daniel B Dei Santi, Suzana Garcia Pacheco Avezum, Adriana Araújo de Medeiros, Luisa Murakami, Karla Carbonari  
<http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20203003414-21>



# A ESPIRITUALIDADE NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE SAÚDE E EDUCAÇÃO FÍSICA

## SPIRITUALITY IN THE EDUCATION OF HEALTH PROFESSIONALS: REFLECTIONS ON HEALTH AND PHYSICAL EDUCATION



Clique para acessar  
o Podcast

Rossano André Dal-Farra<sup>1</sup>

1. Universidade Luterana do Brasil.  
Programa de Pós-Graduação em  
Ensino de Ciências e Matemática.  
Avenida Farroupilha, 8001. Canoas,  
RS, Brasil.

Correspondência  
Rossano André Dal-Farra.  
Universidade Luterana do Brasil.  
Programa de Pós-Graduação em  
Ensino de Ciências e Matemática.  
Rua Monte Castelo, 2007 casa 74.  
Canoas, RS, Brasil. CEP 92025-370.  
rossanodf@uol.com.br

### RESUMO

A complexidade da natureza humana demanda a formação de profissionais capacitados para atuar diante da constituição biopsicossocioespiritual de seus pacientes/clientes/alunos. Mesmo com a relevância da espiritualidade/religiosidade (E/R) para a população brasileira, ainda são escassos os estudos voltados para esta temática e sua relação intrínseca com a saúde e o bem-estar. Deste modo, o presente texto tem como finalidade abordar as inter-relações entre a E/R e as demais dimensões humanas e as possibilidades de inserção dessa temática nas práticas educativas realizadas no âmbito da saúde e educação física.

**Descritores:** Assistência à Saúde; Educação Física e Treinamento; Espiritualidade; Educação Superior.

### ABSTRACT

*The complexity of human being demands professional training considering the biopsychosocio-spiritual background of their patients/clients/students. Despite the relevance of spirituality/religiosity (S/R) for the Brazilian population, there are still few studies focused on this theme and its intrinsic relationship with the health and well-being of the population. Thus, this text aims to address the interrelationships between the S/R and the other human dimensions and the possibilities of including this aspect in the educational practices in the field of healthcare and physical education.*

**Keywords:** Delivery of Health Care; Physical Education and Training; Spirituality; Higher Education.

## INTRODUÇÃO

O que é o ser humano? O que o constitui? O que caracteriza a essência humana? Respostas a estas questões desafiaram pensadores e pesquisadores de todas as áreas do conhecimento. No entanto, seja na família, seja com os amigos, ou seja no trabalho, estamos junto ao outro e reconhecemos, ou não, algo dele em nós. Nesse processo, buscamos nos identificar, sem de fato construir uma definição que seja a contento ao longo de nossas vidas sobre: “o que é ser humano”.

A cada momento que interagimos com o outro construímos uma concepção a respeito do “humano que habita em nós” e do “humano que habita no próximo”. Mas, ao buscar construir uma ideia a respeito do que constitui a nossa essência, nos comportamos como um viajante que não sabe exatamente o que irá encontrar no caminho, mas que tem, ou deveria ter, algumas certezas sobre a direção que está tomando em sua viagem.

Cotidianamente, o profissional das áreas da saúde e educação desempenha ações junto a/com o ser humano baseado em conhecimentos e vivências absorvidos durante toda a sua vida, construindo concepções que precisam estar voltadas

à integralidade do ser, tanto no que tange aos pacientes/clientes, quanto em relação a si mesmo. Nessa perspectiva, as múltiplas faces das patologias e das concepções de saúde e bem-estar hodiernas se fundem em uma complexa rede de questões formativas que precisam ser repensadas durante todo o processo educacional.<sup>1-3</sup>

No ano de 1999, uma emenda da OMS indicava a construção do conceito de saúde com base nas dimensões “bio”, “psico”, “sócio”, “espiritual”.<sup>4</sup> Mesmo que a emenda não tenha sido agregada totalmente ao conceito, a questão da espiritualidade/religiosidade (E/R) passou a ser observada com maior atenção nas ações em saúde.<sup>5</sup> Atualmente, universidades reconhecidas por sua produção científica, tais como *Harvard*, *Yale* e *UCLA* possuem programas voltados à esta temática. Diante do mosaico de possibilidades que emergem da sistêmica relação entre as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, as reflexões atuais sinalizam para a construção de um processo formativo que atenda às necessidades contemporâneas, sendo o objetivo do presente texto analisar as contribuições da E/R na saúde e as possibilidades de inclusão desta temática na formação de profissionais de Educação Física.

## Processos históricos e definições de espiritualidade/religiosidade

No ano de 1915, na *Harvard Medical School*, Walter Bradford Cannon<sup>6</sup> publicou a obra *"Bodily changes in pain, hunger, fear and rage"*, ou, "Mudanças corporais na dor, na fome, no medo e na raiva". O livro estabelecia as bases da famosa expressão *"struggle or flight"*, traduzida como "luta ou fuga", abordando o acréscimo no suprimento de oxigênio na contração muscular e o aumento da frequência respiratória.<sup>6</sup>

Os resultados já haviam sido descritos em 1914, relacionando os efeitos da adrenal nas situações de dor e de emoções intensas, gerando um estado de emergência no organismo.<sup>7</sup> Portanto, já no início do século XX estavam sendo estabelecidas as bases do conceito de homeostase que foram de fundamental importância para a compreensão da fisiologia do organismo, tal como descrito por Brito e Haddad,<sup>8</sup> estudando o trabalho de Cannon em sua perspectiva histórica.

Meio século depois da publicação dos estudos de Cannon, no mesmo local, Herbert Benson et al., evidenciaram o efeito oposto ao da reação de "luta ou fuga", denominado de *"relaxation response"*. A resposta de relaxamento representa um estado psicofisiológico caracterizado pela redução na excitação/ativação do sistema nervoso central, como se fosse um efeito contrário ao estresse, gerando uma redução do metabolismo. Nesse processo, o ser humano atinge um estado de calma e tranquilidade, reduzindo a hipertensão arterial, a insônia, a ansiedade, a dor e, em alguns casos, até mesmo a utilização de medicação. Em uma complexa rede de substâncias, ocorre a participação do óxido nítrico, dos opioides endógenos e de neurotransmissores, como se fosse uma potencialidade nata do ser humano de reestabelecer a saúde.<sup>9-11</sup>

Diante das novas configurações da vida urbana, incluindo o isolamento social em face da violência, e a luta constante "contra o relógio", há inúmeras fontes de estresse, com visíveis consequências orgânicas, psíquicas e sociais. Buscando responder a esses desafios, profissionais da área da saúde têm procurado desenvolver abordagens que possam contribuir para o bem-estar de seus pacientes/clientes. Prova disso é o crescimento, nas últimas décadas, do número de instituições de ensino superior com programas curriculares e extracurriculares voltados às relações entre espiritualidade e saúde, assim como de publicações em periódicos especializados buscando evidenciar os mecanismos fisiológicos responsáveis por tais fenômenos.<sup>2,11</sup>

Mesmo diante da evitação histórica no âmbito da ciência em abordar as questões espirituais da experiência humana e sua relação com a saúde, o impacto da espiritualidade sobre diversos parâmetros de saúde pode ser mensurado de forma metodologicamente adequada, indicando que o envolvimento religioso/espiritual está favoravelmente associado a indicadores de bem-estar psicológico, satisfação na vida, felicidade, menor frequência de depressão e de utilização de drogas lícitas e ilícitas, entre outros benefícios relacionados à promoção da saúde.<sup>2,3,12</sup>

As evidências neste sentido são obtidas em estudos qualitativos e quantitativos, incluindo a utilização de escalas para mensurar a E/R e relacioná-la com demais indicadores de saúde e bem estar, tais como a *Duke Religious Index*, ou DUREL<sup>13</sup> traduzida para o português<sup>14</sup> e validada após aplicação no Brasil.<sup>15</sup>

Ampliando o foco de análise, é importante esclarecer que as supostas controvérsias entre Ciência e Religião decorrem de um olhar fragmentado e estreitamente focado em um discurso característico do século XIX, já que a Revolução Científica, ocorrida entre os séculos XVI e XVIII, e representada pelas demonstrações empíricas/concretas e matematizáveis, foi caracterizada por um contexto complexo e permeado por motivações e até mesmo conceitos religiosos.<sup>16</sup> No entanto, há uma reduzida divulgação de pesquisas nesse sentido que possam contextualizar acuradamente a história da ciência.

Não há um consenso entre os pesquisadores no que tange às definições. A religião consiste na prática institucionalizada de um sistema de crenças compartilhado por uma comunidade, e a espiritualidade como uma busca pelo significado da existência em sua relação com o sagrado e o transcendente. No entanto, a vivência da espiritualidade no Brasil está fortemente ligada ao pertencimento a um grupo religioso constituído, e com uma denominação específica.<sup>2,17,18</sup>

Conforme Moreira-Almeida e Lucchetti,<sup>19</sup> a espiritualidade pode ser descrita também como a busca pessoal de compreender as respostas a respeito das grandes questões da vida, sobre o sentido dela, e sobre a relação com o sagrado ou o transcendente, envolvendo, ou não, rituais religiosos e a formação de comunidades. Já a religião representa um sistema organizado de crenças, práticas e rituais para facilitar a ligação com o sagrado, com o transcendente.<sup>19</sup>

Levin<sup>20</sup> problematiza a conceituação indicando que a prática religiosa se refere a comportamentos, atitudes, crenças e experiências realizadas em uma instituição estabelecida, ou mesmo independentes de religiões organizadas. Já espiritualidade, para o epidemiologista, representa um estado a ser atingido por meio da devoção, da religiosidade. Nessa perspectiva, atingir a espiritualidade, representando a ligação com Deus ou com o divino, seria a meta suprema da religião.

No presente texto, entende-se a espiritualidade como a dimensão do ser humano da relação transcendental com a totalidade, independente da filiação religiosa na qual o indivíduo esteja vinculado, sendo a experiência religiosa como algo individual do sujeito na sua ligação com Deus, com o sagrado.

Diante da complexidade envolvida neste tema, cabe ao ser humano realizar a sua prática de espiritualidade, sendo as religiões constituídas formas legítimas, profícuas e louváveis neste propósito. Cumpre salientar que, no âmbito da saúde, mais importante do que a definição, ou seus desdobramentos, é o sentido no qual as pessoas consideram a sua relação com a totalidade, na medida em que, ao viver no Universo, todos realizam ações que repercutem sobre seu corpo, sua psique e sobre a sociedade, interagindo estes componentes com a dimensão espiritual diante da integralidade da experiência humana. Não há, portanto, preconização, muito menos prosélito em favor desta ou daquela forma de vivenciar estes aspectos, sendo considerada, para fins de análise, a questão de forma conjunta "espiritualidade/religiosidade" (E/R).

## Espiritualidade e saúde

A influência da E/R sobre a saúde física, mediada por fatores psicossociais e comportamentais, indica que a condição médica que sofre maior impacto neste âmbito é a relacionada ao sistema cardiovascular. Sendo o Brasil um dos países mais religiosos do mundo, as crenças e práticas religiosas/de

espiritualidade representam um campo relevante de pesquisas cujos resultados podem contribuir para a maior qualidade de vida e para uma vida mais longa de milhões de pessoas.<sup>3,11</sup>

Diante da constatação de que a hipertensão representa o maior fator de risco para o desenvolvimento de doenças coronárias, cerebrovasculares e de vascularização periférica, mesmo com consistentes estudos voltados ao tratamento farmacológico frente a tais problemas, as modificações nos hábitos envolvendo a perda de peso, exercícios físicos, mudanças alimentares e intervenções mente-corpo, tais como a meditação, representam formas efetivas para o controle e redução destas doenças.<sup>3,21,22</sup>

Nos momentos em que o ser humano tem a sensação de estar em perigo, sinais enviados ao *locus coeruleus* e ao hipotálamo, procedentes da amígdala cerebral, acionam o sistema simpático, assim como há a liberação de CRH e ACTH, maior circulação de adrenalina, noradrenalina e aumento dos níveis de glicocorticoides na corrente sanguínea. Mesmo se constituindo em condição necessária para momentos de emergência e ação em curto prazo, a permanência neste estado fisiológico gera prejuízos orgânicos, inclusive no sistema imunológico, em virtude das terminações nervosas simpáticas pós-ganglionares acionarem tecidos linfóides secundários, como o baço e os linfonodos. Evidências no âmbito da Psiconeuroimunologia demonstram, ainda, a influência dos estados psíquicos sobre a ação das células NK (*natural killer*), linfócitos CD4 e sobre os níveis de interleucina-6.<sup>1,11,17,23</sup> Da mesma forma, a maior parte dos estudos indica que a E/R é associada a menores índices de marcadores inflamatórios envolvidos na patogenia das doenças cardiovasculares.<sup>3</sup>

Bhasin et al.,<sup>11</sup> avaliaram o efeito de modificações no estilo de vida sobre a pressão arterial e demais parâmetros do sistema cardiovascular com base na análise do transcriptoma, ou seja, do conjunto de RNAs produzidos nas células. Os resultados apontaram que a resposta de relaxamento pode contribuir para a redução parcial da pressão arterial, com mudanças no transcriptoma associadas às alterações nos parâmetros hemodinâmicos e nos marcadores inflamatórios. Nesse processo, a resposta de relaxamento pode estar associada com a mudança na expressão de determinados genes, embora os autores apontem a necessidade de um número maior de pesquisas para encontrar com exatidão a relação direta entre mudanças na expressão gênica e a redução na pressão arterial.

Budistas tibetanos praticantes de meditação submetidos à tomografia computadorizada apresentaram maior atividade nas regiões relacionadas com a concentração e a atenção, como o tálamo, o giro cingulado e as áreas do córtex frontal (orbital e inferior), e do córtex pré-frontal dorsolateral do cérebro, assim como uma diminuição da atividade na região parietal, mais precisamente no lobo parietal superior esquerdo, relacionado com o senso de orientação no espaço e no tempo. Estas pesquisas são denominadas de Neuroteologia, uma disciplina emergente que fornece caminhos para a compreensão das relações entre as manifestações religiosas e o cérebro, pontuando mecanismos e zonas ativadas a partir do estímulo religioso, da oração e/ou da evocação da fé. Não se trata de um reducionismo da experiência religiosa, nem de uma captura da ciência pela religião, mas sim, da realização

de estudos que nos permitam compreender os processos biológicos envolvidos na experiência religiosa.<sup>24,25</sup>

Outras pesquisas importantes, embora escassamente conhecidas, estão concentradas nos efeitos do perdão sobre a saúde. Pontes et al.,<sup>26</sup> incluem a temática no âmbito da Psicologia Positiva, e abordam o perdão em seus efeitos emocionais, fisiológicos, cognitivos, psicológicos e espirituais, apontando as regiões cerebrais e cardiovasculares envolvidas em decorrência de tal prática. Os autores apresentam resultados de pesquisas clínicas corroborando os benefícios do perdão na redução do estresse e na melhoria da saúde física e mental, indicando que programas comportamentais desta natureza são benéficos para uma melhor qualidade de vida.<sup>26</sup>

No contexto de um tratamento farmacológico, há fatores específicos, vinculados à ação do princípio ativo, e fatores não específicos, que incluem os efeitos placebo e nocebo. Entende-se como resposta placebo a melhora nos sintomas ou em funções fisiológicas decorrentes de elementos supostamente inertes, tais como comprimidos sem o princípio ativo. Já o efeito nocebo se refere aos casos nos quais a antecipação e a expectativa de um efeito negativo podem gerar a agravamento de um sintoma ou doença.<sup>27,28</sup>

O processo histórico das pesquisas acadêmicas buscou excluir os efeitos placebo que pudessem influir nos resultados de procedimentos de saúde. Entretanto, em que pese a necessidade imprescindível de eliminar os efeitos alheios à hipótese testada, com o princípio denominado de *ceteris paribus*, as práticas profissionais desenvolvidas com o ser humano compreendem necessariamente o processo subjetivo da doença. E dentro de princípios sólidos de natureza ética, a atenção prestada, a expectativa positiva e a construção de um vínculo de confiança no profissional se constituem em elementos cruciais para que os profissionais possam atender melhor aos seus pacientes/clientes.

De forma geral, os resultados de pesquisas voltadas à espiritualidade e saúde apontam que a recuperação de pacientes ocorre de forma facilitada quando eles possuem um sistema de crenças e valores otimistas e, fundamentalmente, quando há um significado para as suas vidas. Fatores relevantes são, ainda, a presença de um grupo de amigos que possam auxiliar e que se preocupem com o bem-estar.<sup>1,3,17</sup> Nessa perspectiva, a realização de atividades educacionais e esportivas em grupos pode se constituir em relevante prática voltada à saúde, gerando incentivo à participação das pessoas e um incremento no convívio social. Ressalta-se que as comunidades religiosas muitas vezes proporcionam este benefício de pertencimento a um grupo, cujo apoio coletivo resulta no acolhimento em períodos de dificuldade.

Sucintamente, a regularidade de práticas relacionadas à E/R de forma sadia, proporciona estados mentais favoráveis ao bem-estar que repercutem sobre o corpo, gerando estados de saúde física e mental e atuando nos amplos domínios da subjetividade humana. (Figura 1) Por tais razões, o repensar das práticas profissionais relacionadas à saúde conduz para a adoção de ações integradas de equipes multiprofissionais, promovendo a saúde e o bem-estar dos pacientes como seres biopsicossocioespirituais.

Levin<sup>20</sup> resume os principais resultados de pesquisas sobre E/R em um conjunto de princípios:



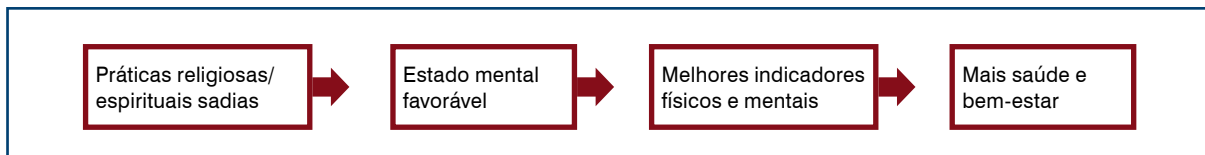


Figura 1. Influência da espiritualidade na saúde mental.

Princípio 1 - A afiliação religiosa e a participação como membro de uma congregação religiosa beneficiam a saúde ao promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Princípio 2 - A frequência regular a uma congregação religiosa beneficia a saúde ao oferecer um apoio que ameniza os efeitos do estresse e do isolamento.

Princípio 3 - A participação no culto e na prece beneficia a saúde graças aos efeitos fisiológicos das emoções positivas.

Princípio 4 - As crenças religiosas beneficiam a saúde pela sua semelhança com as crenças e com estilos de personalidade que promovem a saúde.

Princípio 5 - A fé, pura e simples, beneficia a saúde ao inspirar pensamentos de esperança e de otimismo e expectativas positivas.

Mesmo que haja uma consistente produção de estudos que evidenciam o impacto habitualmente positivo, embora por vezes negativo da espiritualidade/religiosidade (E/R) sobre a saúde, alguns desafios a serem transpostos para a compreensão dessa fascinante e desafiadora dimensão da experiência humana estão situados em: 1) Expansão das pesquisas para outras regiões, já que a maior parte dos trabalhos foram realizados na América do Norte e Europa; 2) Maior compreensão dos mecanismos pelos quais a E/R impacta a saúde; 3) Desenvolvimento de métodos eficazes e eticamente adequados para a integração da E/R nas práticas profissionais e nas políticas públicas de saúde; 4) Investigações das experiências espirituais, suas origens e diferenciação dos transtornos mentais.<sup>19</sup>

### Espiritualidade/Religiosidade e as práticas profissionais

Dados do Censo de 2010<sup>29</sup> indicam que mais de 90% dos brasileiros declaram ter uma religião, pertencendo a diferentes grupos e denominações, caracterizando a relevância deste aspecto na população do país. Com base nessa perspectiva, a dimensão E/R se constitui em componente crucial para compreender o “humano” em suas diferentes interfaces. Mas como inserir este componente na atuação profissional? Como podemos aquilatar o significado de algo para o outro?

Sem a pretensão de responder a tais perguntas, é importante ratificar que a experiência religiosa, de fato, é caracterizada pela singularidade. Mesmo em pessoas que congregam na mesma comunidade, em contato com o mesmo sacerdote/líder religioso, a experiência espiritual/religiosa, ou mesmo a ausência dela, é única no que tange ao ser humano que a vivencia. No âmbito da prática profissional, tais questões estão inscritas no bojo do atendimento humanizado e voltado à integralidade do paciente, tal como preconizado nas ações em saúde da contemporaneidade.<sup>30,31</sup> Mais importante ainda, é a necessária atuação multiprofissional e sua profícua participação em muitos tratamentos de saúde, demandando a ação sinérgica de colaboradores de diferentes áreas do conhecimento.

Nas últimas décadas, houve um crescimento no interesse da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das pesquisas médico-científicas em torno da espiritualidade. Mesmo que tais processos estejam vinculados a diferentes atores e matizados por dinâmicas diversas, parece haver um processo mútuo de legitimação entre eles, ora por meio de resoluções que aprovam o apoio e o financiamento de pesquisas sobre o tema, ora nas justificativas de pesquisas clínicas a respeito da importância da temática por parte dos pesquisadores.<sup>5</sup>

Mais precisamente na década de 1990, a imbricação desses dois campos gerou um produto concreto na forma de um instrumento de avaliação da E/R e suas influências sobre a qualidade de vida. A primeira versão do instrumento foi publicada em 1998, como resultado da participação direta de pesquisadores de mais de 30 instituições na elaboração e na validação estatística em diferentes regiões do mundo. Naquele mesmo ano, o tema havia sido debatido pelo comitê principal da OMS. Em sua versão final, instituída pela OMS como protocolo para que seus estados membros atingissem os índices desejados de saúde, o instrumento abordava seis domínios considerados fundamentais para a qualidade de vida: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais.<sup>5</sup>

No Brasil, Esperandio et al.,<sup>30</sup> demonstraram a relevância do *coping* religioso/espiritual em famílias de pacientes internados em UTI, indicando ser uma profícua componente do enfrentamento de doenças. Dagalarrondo<sup>32</sup> avaliou a influência da religiosidade sobre o consumo de álcool e drogas em 2.287 estudantes adolescentes e verificou que o uso é maior entre aqueles que não haviam recebido educação religiosa na infância. Outros estudos têm abordado a questão do ponto de vista do profissional. Silva et al.,<sup>30</sup> avaliando a temática junto a 27 componentes de uma equipe de saúde multiprofissional encontraram duas categorias de análise:

- O diagnóstico das necessidades espirituais do paciente hospitalizado, indicando certo desconforto e uma insegurança dos profissionais na abordagem da questão da espiritualidade, assim como a abordagem apenas quando advinda do próprio paciente;
- Estratégias de apoio espiritual ao paciente em ambiente hospitalar, processo no qual as respostas dos profissionais não foram unânimes, sendo predominantemente norteadas por aspectos pessoais de cada um, sem uma diretriz norteadora de ação.

De fato, esse tema ainda é muito recente no âmbito das práticas de saúde, estando inserido em questões de ordem ética em torno da ausência de qualquer imposição do profissional em relação à alguma denominação religiosa específica, ou mesmo de uma possível invasão na privacidade do paciente/cliente.

Tal como aludem Esperandio et al.,<sup>30</sup> a E/R é elemento constituinte da subjetividade daquele que crê, com inequívoca

participação existencial, e aspecto fundamental no cuidado integral da saúde. O cuidado espiritual promove a maximização das potencialidades do indivíduo, valorizando sua capacidade, renovando as esperanças e trazendo uma paz interior que ajuda a lidar com os problemas de modo mais saudável.

Em revisão sistemática da literatura, Best et al.,<sup>33</sup> analisaram 54 estudos em saúde, totalizando mais de 12 mil pacientes, e na maior parte das pesquisas, mais da metade dos participantes consideravam que era apropriado o médico abordar a questão espiritual, embora a forma pela qual este processo deva ocorrer não seja consensual. Estes estudos corroboram as considerações de Sulmasy<sup>34</sup> e Lucchese e Koenig.<sup>3</sup>

Segundo Dalgalarondo<sup>35</sup> ao estudar, refletir e escrever sobre religião, estamos laborando sobre o conteúdo do qual é feita a vida, da experiência humana nos seus limites, e se falamos de saúde no seu conceito ampliado, abrimos espaço então para todas as dimensões de atenção integral ao sujeito. Nessa perspectiva, a atuação profissional precisa estar centrada nos efeitos das crenças do paciente sobre a sua saúde, já que, em alguns casos, uma parcela das práticas cotidianas vinculadas a algumas tradições religiosas pode ter efeitos nocivos sobre o indivíduo.

Na Austrália, uma pesquisa qualitativa buscando relacionar práticas educativas de Saúde e Educação Física e espiritualidade com crianças foi realizada com a premissa de que atividades desta natureza promovem a adoção de uma vida saudável. Os resultados sugerem que atividades regulares envolvendo saúde e educação física estão favoravelmente relacionadas com as experiências espirituais.<sup>36</sup>

No entanto, ainda são escassos os estudos realizados na população brasileira, demandando esforços na comunidade de pesquisadores para que sejam avaliadas tais questões no país.

### Práticas educativas em espiritualidade/religiosidade na formação profissional

Etimologicamente, o vocábulo currículo é oriundo do latim curriculum, significando “o ato de correr”, e identificando o caminho a ser percorrido pelo estudante.<sup>37</sup> Embora haja uma polissemia no âmbito de diferentes concepções teóricas educacionais, currículo significa mais do que a simples listagem das disciplinas, denominada de matriz curricular.

Em um processo contínuo desencadeado nas últimas décadas, a legislação brasileira tem apregoado a construção

de currículos baseados em processos interdisciplinares, com a integração das temáticas estudadas ou, em outra perspectiva, das competências desenvolvidas durante o percurso educacional do estudante.

No que tange à E/R, há múltiplas e não excludentes possibilidades de abordagens durante a formação dos profissionais. De forma simplificada, a temática pode ser incluída por meio de 1) uma disciplina específica; 2) atividades complementares, incluindo cursos, palestras; 3) trabalhos realizados pelos alunos em disciplinas presentes na matriz curricular, ou 4) se constituir em temática transversal a ser laborada pelo conjunto de componentes curriculares, de acordo com a pertinência em cada momento ao longo do currículo. (Tabela 1)

Diante de tais possibilidades, entende-se que uma disciplina específica se constitui em processo mais adequado, mesmo que ela não seja exclusiva da temática. Portanto, componentes curriculares dedicados à saúde coletiva, ética e/ou legislação profissional podem trabalhar com a E/R de forma contextualizada, sensibilizando os estudantes para que estejam aptos a lidar com o assunto, segundo a pertinência inerente a cada caso, contexto ou atuação.

Nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Educação Física há um núcleo comum a ser desenvolvido em 1.600 horas, tanto na Licenciatura, quanto no Bacharelado, assim como a mesma carga horária em etapa específica para cada formação. No que tange à etapa comum, os conhecimentos biológicos, psicológicos e socioculturais do ser humano incluem os aspectos fisiológicos, biomecânicos, anatômico-funcionais, bioquímicos, genéticos, psicológicos, antropológicos, históricos, sociais e culturais, assim como ratificam a relevância das dimensões e implicações biológicas, psicológicas e socioculturais e a questão ética do cuidado.<sup>37</sup> O documento insere a formação profissional considerando as questões culturais e, diante da precípua participação da dimensão E/R como fundamental na cultura humana, pode-se inferir que este aspecto está implicitamente incluído no currículo. No âmbito da licenciatura, as Diretrizes Curriculares assinalam ainda o respeito à liberdade e o apreço à tolerância,<sup>37</sup> aspectos fundamentais diante da multiplicidade cultural que caracteriza o país.

As diretrizes são calçadas, ainda na construção das competências, cuja definição envolve a mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes. Esse conceito, conhecido

**Tabela 1.** Possibilidades de abordagem da Espiritualidade/Religiosidade no currículo.

Forma de inserir a espiritualidade no currículo	Vantagem	Desvantagens
Disciplina específica sobre espiritualidade	Garantia de abordagem da espiritualidade	- Possível circunscrição apenas nos limites da disciplina específica. - Excesso de carga horária
Inclusão em atividades complementares, ou estudos integradores, envolvendo palestras, cursos	Escolha dos estudantes das atividades a serem realizadas	Possível falta de foco, ou mesmo a ausência no currículo
Trabalhos realizados pelos estudantes em outras disciplinas	Escolha das abordagens pelos próprios estudantes	Possível ausência da temática de forma específica ou, presença de abordagem inadequada
Transversalidade no currículo	Abordagem permeando todos os componentes curriculares de acordo com a pertinência	Possível exclusão da temática já que, “onde todos são responsáveis, ninguém é”

como CHA, foi definido por Scott Parry,<sup>38</sup> sendo repensado por diferentes profissionais da Administração e Educação nos últimos anos, com posicionamentos mais favoráveis, ou mais críticos. No entanto, é plausível conceber que os conhecimentos técnicos (saber) se corporificam quando movem habilidades adequadas (saber fazer) e atitudes (querer fazer) de contribuir para o bem-estar do paciente/cliente/aluno, embora a mesma atitude possa ser movida por valores diferentes.

Há ainda outra forma de considerar a questão da E/R no âmbito educacional, tal como a proposição de Zabala<sup>39</sup> da caracterização de conteúdos conceituais, atitudinais e procedimentais. Deste modo, a formação do Profissional de Educação Física envolve o imprescindível domínio conceitual, tal como proposto nas Diretrizes Curriculares, além dos procedimentos vinculados à atuação como docente e bacharel na preconização de programas físicos e atividades, e as atitudes em relação ao aluno/cliente/paciente no que tange aos princípios éticos e preceitos sociais que incluem a dimensão espiritual. Trata-se de considerar que, o sujeito com o qual o profissional está interagindo, possui um sentido de ser no mundo, e uma relação transcendental com a totalidade, mesmo que ela não seja manifesta.

A reflexão necessária diante deste olhar na formação profissional consiste em reconhecer a integralidade no outro, mas também reconhecer a integralidade em si. O laborar com o outro depende do reconhecimento de nossos conhecimentos, nossas atitudes e nossos valores, com o cuidado de não haver um excesso de atribuições. Nessa perspectiva, a inserção da dimensão espiritual não se constitui em mais uma entre tantas exigências do Profissional de Educação Física, mas no reconhecimento da humanidade em suas profundas dimensões, envolvendo, necessariamente, o próprio profissional, suas potencialidades, suas aspirações e suas limitações, atributos inerentes ao ser humano.

Desse modo, reconhecer o “humano em nós”, proporciona que reconheçamos a humanidade no outro. O laborar em saúde e educação atua na singular expressão do “humano”, mesmo que as concepções a esse respeito sejam cambiantes ao longo do tempo. O que une a todos é a essência humana

em suas diferentes expressões e significados. Quando atribuímos significado a algo, temos um sentido a ser seguido, algo que reveste a vida de profundidade, assim como um objetivo a ser alcançado. O trabalho com a saúde de si, e do outro, está carregado de sentido, mesmo que, por vezes, não percebido em sua plenitude.

E em sua máxima dimensão, este sentido tem como continuidade, destino e, ao mesmo tempo, origem, um chamamento interno, um chamamento à vida, “ao ser-no-mundo” e ao “dever ser no mundo”. O vocábulo “chamamento” tem o sentido de vocação, do latim “vocare”,<sup>40</sup> algo que está muito além da profissão pois, como seres biopsicossocioespirituais, somos chamados à vida, e impelidos à ela em sua plenitude.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo sem um consenso a respeito da conceitualização de espiritualidade e religiosidade, um conjunto consistente de pesquisas indica que práticas sadias neste âmbito estão relacionadas com a promoção da saúde. Diante das profundas transformações presentes na contemporaneidade, torna-se importante que o profissional seja capacitado a abordar esta questão, sendo a inclusão da temática em um componente curricular específico, mas não necessariamente isolado, uma prática relevante para a formação e atuação junto ao paciente/cliente/aluno.

Nessa perspectiva, o ser humano biopsicossocioespiritual, ao integrar as dimensões que o compõe em prol de sua qualidade de vida, é considerado em sua integralidade, assim como desenvolve um sentido maior para a sua existência diante da totalidade. Nesse processo, ao reconhecer as dimensões humanas no outro, ele precisa reconhecê-las também em si, já que, ao olhar o outro de forma integral, pode compreendê-lo, sem deixar de compreender a si mesmo.

## CONFLITOS DE INTERESSE

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

## REFERÊNCIAS

1. Koenig H. Psychoneuroimmunology and the Faith Factor. *JGSM*. 2000;3(5):37-44.
2. Dal-Farra RA, Geremia C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. *Rev Bras Ed Med*. 2010;34(4):587-97.
3. 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.
4. World Health Organization. Amendments to the Constitution. April, 7<sup>th</sup>, 1999.
5. **Toniol R. Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. Anuário Antropológico. 2017;42(2):267-99.**
6. Cannon WB. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York: Appleton-Century; 1915.
7. Cannon WB. The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *Am J Physiol*. 1914;33:356-72.
8. **Brito I, Haddad H. A formulação do conceito de homeostase por**
9. **Walter Cannon. Filosofia e História da Biologia. 2017;12(1): 99-113.**
9. Esch T, Fricchione G, Stefano G. The Therapeutic Use of Relaxation Response in Stress-related Diseases. *Med Sci Moni*. 2003;9(2):23-34.
10. **Kuo B, Bhasin M, Jacquart J, Scult MA, Slipp L, Riklin EIK, et al. Genomic and Clinical Effects Associated with a Relaxation Response Mind-Body Intervention in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease. PLoS ONE. 2015;10(4):1-26.**
11. **Bhasin MK, Denninger JW, Huffman JC, Joseph MG, Niles H, Chad-Friedman E, et al. Specific transcriptome changes associated with blood pressure reduction in hypertensive patients after relaxation response training. J Altern Complement Med. 2018;24(5):486-504.**
12. Culliford L. Spirituality and clinical care. *BMJ*. 2002; 325:1434-5.
13. Koenig HG, Meador K, Parkerson G. Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 885-86.



14. Moreira-Almeida, A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Versão em Português da Escala de Religiosidade da Duke DUREL. *Rev Psiq Clin.* 2008; 35(1): 31-32.
15. Taunay TCD, Gondim FAA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LMS, Carvalho AF. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev. Psiquiatr. Clin.* 2012; 39 (4):130-5.
16. Henry J. *A Revolução Científica e as Origens da Ciência Moderna.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1998.
17. King MB, Koenig HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Serv Res.* 2009 9:116.
18. Lucchetti G, Koenig HG, Pinsky I, Laranjeira R, Vallada H. Spirituality or religiosity: is there any difference? *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(1):83.
19. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Cienc Cult.* 2016; 68(1):54-7.
20. Levin J. *Deus, fé e saúde.* São Paulo: Cultrix; 2003.
21. Arias AJ, Steinberg K, Banga A, Trestman R. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *J Altern Complement Med.* 2006;12:817-32.
22. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115mm Hg, 1990–2015. *JAMA.* 2017; 317:165–82.
23. Rein G, Atkinson M, McCraty R. The Physiological and Psychological Effects of Compassion and Anger. *J Adv Med.* 1995; 8(2): 87-105.
24. Newberg A, Alavi A, Baime M, Pourdehnad M, Santanna J, D'Aquili E. The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study. *Psychiatry Research.* 2001;106(2):113-22.
25. Newberg A, Wintering N, Waldman M. Comparison of Different Measures of Religiousness and Spirituality: Implications for Neurotheological Research. *Religions.* 2019;10:637.
26. Pontes MRN, Rosler AM, Lucchese FA. Perdoar faz bem à saúde: influências do perdão sobre saúde e doença. In: Wondracek KHK, Brígido MAS, Herber NE, Heimann T. *Perdão: onde saúde e espiritualidade se encontram.* São Leopoldo: Sinodal, 2016.
27. Craen AJM, Kaptchuk TJ, Tijssen JGP, Kleijnen J. Placebos and placebo effects in medicine: historical overview. *J R Soc Med.* 1999; 92:511-15.
28. Teixeira MZ. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(1): 13-8.
29. Brasil. Censo 2010. Disponível em: [https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag\\_203\\_Religi%C3%A3o\\_Evang\\_miss%C3%A3o\\_Evang\\_pentecostal\\_Evang\\_ nao%20determinada\\_Diversidade%20cultural.pdf](https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/pdf/Pag_203_Religi%C3%A3o_Evang_miss%C3%A3o_Evang_pentecostal_Evang_ nao%20determinada_Diversidade%20cultural.pdf). 2010.
30. Esperandio MR, Michael RB, Trebien HAC, Menegatti CL. Coping religioso/espiritual na antessala da UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. *Interações.* 2017;12(22): 203-22.
31. Silva T, Freire ME, Vasconcelos MF, Rodrigues L, Matias T, Neto M. Apoio espiritual ao paciente hospitalizado: percepções da equipe multiprofissional de saúde. *Psic Saúde & Doenças.* 2019;20(2):358-66.
32. Dalgalarondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(2):82-90.
33. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns.* 2015;98(11):1320-28.
34. Sulmasy DB. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The gerontologist.* 2002; 42:24-33.
35. Dalgalarondo P. *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental.* Porto Alegre, Artmed. 2008.
36. Lynch T. Investigating Children's Spiritual Experiences through the Health and Physical Education (HPE) Learning Area in Australian Schools. *J Religion Health.* 2015;54: 202–20.
37. Brasil. Resolução n. 6 de 18 de dezembro de 2018. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física e dá outras providências. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=104241-rces006-18&category\\_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=104241-rces006-18&category_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192)
38. Parry SB. *The quest for competencies.* Training. 1996: 48-54.
39. Zabala A. *A prática educativa: como ensinar.* Porto Alegre: Artmed. 2010.
40. Cunha AG. *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa.* 4.ed. Rio de Janeiro: Lexicon. 2012.

# O IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: REVISÃO INTEGRATIVA

*THE IMPACT OF QUALITY OF LIFE IN THE MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH HEART FAILURE: AN INTEGRATIVE REVIEW*



Clique para acessar  
o Podcast

Cynthia Kallás Bachur<sup>1</sup>  
Sarah da Silva Candido<sup>1</sup>  
Jose Alexandre Bachur<sup>2</sup>  
Ana Carolina Queiroz  
Godoy Daniel<sup>1</sup>  
Barbara Caroliny Pereira  
Costa<sup>1,3</sup>  
Isabella Wilson Paiva  
Gonçalves<sup>1</sup>  
Laura Reche Barcelos<sup>1</sup>  
Victoria Garibalde Hilario<sup>1</sup>  
Eugenia Velludo Veiga<sup>1</sup>

1. Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto. Universidade de São  
Paulo. Programa de Pós-Graduação  
Enfermagem Fundamental. Grupo  
Interdisciplinar de Pesquisa em  
Hipertensão Arterial. Departamento de  
Enfermagem Geral e Especializada.  
Ribeirão Preto, SP, Brasil.  
2. Universidade de Franca. Curso de  
Fisioterapia. Franca, SP, Brasil.  
3. Universidade Federal de Alfenas.  
Alfenas, SP, Brasil.

Correspondência:  
Cynthia Kallás Bachur. Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto da  
Universidade de São Paulo. Avenida  
Bandeirantes, 3900, Bairro Monte  
Alegre, Ribeirão Preto- SP  
CEP 14040-902.  
kabachur@gmail.com, evveiga@eerp.  
usp.br

## RESUMO

**Introdução:** A maneira do paciente com insuficiência cardíaca enfrentar sua doença, e sua aceitação, pode ser diretamente influenciada pela espiritualidade e religiosidade, trazendo conseqüente impacto no estado funcional de saúde e na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre o impacto da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Método:** Revisão integrativa da literatura nas bases de dados Lilacs, PubMed, Scopus, Academic Search Premier e Web of Science. **Crerérios de inclusão:** Estudo primário nos idiomas português, inglês e espanhol publicados nos últimos cinco anos. Utilizou-se os descritores: insuficiência cardíaca, espiritualidade e qualidade de vida. **Resultados:** Encontrados 67 artigos, 12 foram incluídos, publicados em cinco diferentes países. Quanto ao delineamento metodológico, foram encontrados sete (58,3%) artigos do tipo observacional, três do tipo exploratório com abordagem qualitativa (25%), um estudo de intervenção (8,3%) e um estudo quase-experimental (8,3%). No tocante aos níveis de evidência, 10 estudos foram classificados como nível VI — estudos descritivos/qualitativos (83,4%) — e dois foram classificados como nível III — estudo clínico sem randomização (16,7%). **Conclusão:** Os achados indicam que a espiritualidade e a religiosidade influenciam positivamente o enfrentamento da doença em pacientes portadores de insuficiência cardíaca. O reconhecimento da espiritualidade e da religiosidade como plano adicional de assistência no tratamento da doença proporciona aos profissionais de saúde um melhor escopo de informações para a abordagem no cuidado ao paciente.

**Descritores:** Espiritualidade; Insuficiência Cardíaca; Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** The way patients with heart failure face their disease, and their acceptance, can be directly influenced by spirituality and religiosity, with a consequent impact on the functional health status and quality of life. **Objective:** To evaluate the scientific evidence available in the literature on the impact of spirituality and religiosity on the quality of life of patients with heart failure. **Method:** Integrative literature review in the Lilacs, PubMed, Scopus, Academic Search Premier and Web of Science databases. **Inclusion criteria:** primary studies in Portuguese, English and Spanish published in the last five years. The descriptors heart failure, spirituality and quality of life were used. **Results:** 67 articles were found, 12 were included, published in five different countries. Regarding the methodological design, 7 (58.3%) observational articles, 3 exploratory articles with a qualitative approach (25%), one intervention study (8.3%) and one quasi-experimental study (8.3%). Regarding the levels of evidence, 10 studies were classified as level VI — descriptive/qualitative studies (83.4%) — and two were classified as level III — clinical study without randomization (16.7%). **Conclusion:** It was found that spirituality and religiosity have a positive influence on coping with the disease in patients with heart failure. The recognition of spirituality and religiosity as an additional plan of assistance in the treatment of the disease provides health professionals with a better scope of information to approach patient care.

**Keywords:** Spirituality; Heart Failure; Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como uma percepção que o indivíduo tem em sua inserção na vida, a cultura, valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações, e é entendida por “um completo bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidades.”<sup>1-3</sup>

A espiritualidade é definida como um complexo de crenças que transmite significado e sentido aos elementos existenciais da vida, sendo de caráter transcendente, individual e autodeterminada. Pode ser vista por como a busca do sentido da vida através do sagrado ou transcendente e a superação de si e de obstáculos sem que haja, necessariamente, uma ligação com uma força superior na qual a pessoa acredita. Já a religiosidade é a adesão a crenças, rituais e práticas relativas a uma instituição religiosa organizada, destinados a facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente.<sup>1-4</sup>

De maneira geral, os profissionais da saúde estão abordando a espiritualidade na prática clínica para o melhor bem-estar e cuidado dos pacientes. Esta temática alvo de estudos pelos pesquisadores e profissionais da saúde por apresentar resultados significativos sobre a qualidade de vida dos indivíduos.<sup>5,6</sup>

As doenças exercem sobre o ser humano grande poder psicoemocional, e os estudos demonstram que a espiritualidade manifesta bem-estar psicológico, melhora da qualidade de vida quando estabelecida em sua rotina e, pode ser igualmente benéfica aos familiares do indivíduo doente, que também experimentam frustrações e sofrimento.<sup>7</sup>

A insuficiência cardíaca (IC), é uma doença incapacitante que ocasiona um número relevante de mortes e que gera grandes mudanças na rotina dos acometidos. Definida como uma síndrome provinda de um distúrbio estrutural e funcional do coração, que promove uma inadequada função do ventrículo esquerdo em suprir a demanda de oxigênio e nutrição dos tecidos.<sup>1-3</sup>

A IC acomete cerca de 23 milhões de pessoas estima-se que no Brasil há mais de seis milhões de pessoas. A etiologia é variada e pode-se considerar as diferentes causas dependendo da região, mas qualquer situação de uma forma geral que modifica estruturalmente e funcionalmente o VE, aumenta a predisposição para desenvolver a IC.<sup>1-3</sup>

A espiritualidade serve como uma base de apoio ao enfrentamento, inclusive nos pacientes portadores de IC, minimizando os sofrimentos, gerando mais conforto, aceitação e esperança. A IC, é um exemplo de doença que desafia a medicina, pela sua alta prevalência, complexidade dos tratamentos baixo padrão de qualidade de vida e limitações. Estudos demonstram uma notável influência da espiritualidade sobre aumento da mortalidade dos pacientes acometidos pela doença.<sup>1-8</sup>

Diante do exposto, o presente estudo avaliou as evidências científicas disponíveis sobre o impacto da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida de pacientes com IC.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com rigor metodológico capaz de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado assunto. Esse método

de pesquisa apresenta o estado da arte de um fenômeno específico, teorias ou problemas de saúde.<sup>9</sup>

A elaboração de uma revisão integrativa deve ser pautada nas seguintes etapas: identificação do tema ou problema; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos primários; avaliação dos estudos; interpretação dos resultados e síntese de conhecimento.<sup>10</sup>

A questão norteadora desse estudo foi: “Quais as evidências científicas disponíveis na literatura sobre o impacto da espiritualidade na qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca?” e para sua elaboração utilizou-se a estratégia PICO na qual “P” (população ou problema) referiu-se a pessoas com Insuficiência Cardíaca; “I” (intervenção) à Espiritualidade; “C” (comparação) não se aplicou a esse estudo; “O” (desfecho esperado) impacto na qualidade de vida.

Para o procedimento de busca e seleção dos artigos optou-se pelas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed, Embase, Scopus, Academic Search Premier e Web of Science.

Os descritores controlados utilizados nas bases PubMed, Scopus, Academic Search Premier e Web of Science foram extraídos do *Medical Subject Headings (MeSH)*, na base de dados Embase utilizou-se o vocabulário controlado *Emtree* e no Lilacs os Descritores em Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (DeCs). A combinação dos termos foi realizada por meio do operador booleano AND. Na Tabela 1 descreve os descritores utilizados e seus respectivos significados.

Os critérios de inclusão foram estudos primários nos idiomas português, inglês e espanhol, publicações de 2015 a 2020 para que esse estudo reúna dados atualizados sobre a temática. Foram excluídos estudos de revisão da literatura, revisão narrativa, carta resposta e editorial.

Na fase de triagem dos artigos utilizou-se um programa de rastreio designado por Rayyan et al.,<sup>10</sup> que é um aplicativo/website online gratuito para auxiliar pesquisadores na metodologia de revisões de literatura. Este programa permite a triagem e organização de citações com o auxílio de outros pesquisadores como colaboradores da revisão. No presente estudo, três autores foram responsáveis pela seleção dos artigos, na qual, por meio da leitura de título e resumo se

**Tabela 1.** Descritores utilizados no estudo e seus significados.

Espiritualidade (DeCs); Spirituality (MeSH); Religiosity (Emtree)	Sensibilidade ou ligação a valores religiosos ou coisas do espírito em oposição a interesse material ou mundano
Insuficiência Cardíaca (DeCs) ou Heart Failure (MeSH e Emtree)	Afecção heterogênea em que o coração é incapaz de bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas do corpo. A IC pode ser causada por defeitos estruturais, anomalias funcionais (disfunção ventricular), ou uma sobrecarga súbita além de sua capacidade. A insuficiência cardíaca crônica (ICC) é mais comum que a insuficiência cardíaca aguda que resulta de injúria repentina à função cardíaca, como infarto do miocárdio
Qualidade de vida (DeCs) ou Quality of life (MeSH e Emtree)	Conceito genérico que reflete preocupação com a modificação e o aprimoramento dos componentes da vida, ambiente físico, político, moral e social, bem como saúde e doença



fez a exclusão e inclusão dos artigos a serem analisados. Dois autores selecionaram os artigos de forma oculta entre si e um terceiro autor analisou os conflitos desses autores durante a seleção.

Na análise das evidências dos artigos selecionados para este estudo, utilizou-se a classificação proposta por Melnyk & Fineout,<sup>11</sup> composta por sete níveis: 1 = revisão sistemática ou metanálise; dois = ensaio clínico randomizado controlado; três = ensaios clínicos sem randomização; quatro = estudo de *coorte* e caso controle; cinco = revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; seis = estudo descritivo ou qualitativo; sete = opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.

Por fim, efetuou-se a análise dos resultados a partir da síntese das publicações selecionadas de forma descritiva, com ênfase no conhecimento produzido sobre a pergunta norteadora, possibilitando uma análise crítica dos resultados e a qualidade das evidências. A coleta das informações dos artigos incluídos nesta revisão integrativa foi realizada a partir da utilização de um instrumento elaborado e validado por Ursi,<sup>12</sup> composto pelos itens: título do artigo, nome dos autores e do periódico, ano e país de publicação, detalhamento metodológico, resultados e conclusão.

Após aplicação dos critérios pré-estabelecidos, realizou-se a leitura minuciosa nos artigos elegíveis e foram selecionados os estudos concernentes à pergunta norteadora. O processo de seleção dos estudos incluídos na revisão está apresentando na Figura 1, conforme modelo da declaração PRISMA.<sup>13</sup>

## RESULTADOS

Um total de 12 estudos foram selecionados para integrar esta revisão, sendo sete (58,3%) do tipo observacional, três do tipo exploratório com abordagem qualitativa (25%), um estudo de intervenção (8,3%) e um estudo quase-experimental (8,3%).

Em relação à origem dos estudos, apenas um foi desenvolvido no Brasil (8,3%), os demais estão distribuídos entre

Estados Unidos com seis artigos (50%), Irã com três artigos (25%), País de Gales e Itália com um artigo cada (8,3%). Todas as pesquisas foram publicadas no idioma inglês.

No tocante aos níveis de evidência, 10 estudos foram classificados como nível VI - estudos descritivos/qualitativos (83,4%) e dois foram classificados como nível III - estudo clínico sem randomização (16,7%).

Para a fase de exclusão dos artigos, após leitura de título e resumo foram excluídos 29 estudos, sendo que 11 foram excluídos pelo tipo de estudo (revisão da literatura, carta ao editor e resumo de congresso) e 18 não se enquadravam no tema por abordar: Espiritualidade no infarto agudo do miocárdio, Doença pulmonar obstrutiva crônica, cuidados paliativos na insuficiência cardíaca, tratamento da dispneia na insuficiência cardíaca, espiritualidade em pessoas com lesão medular, religião e espiritualidade na prestação de serviços de saúde e reabilitação cardíaca após revascularização utilizando religiosidade e espiritualidade. Tais exclusões não respondiam a questão de pesquisa do estudo e estão descritas na Figura 1.

A Tabela 2 descreve os artigos selecionados na amostra conforme título, autores, ano de publicação, país, objetivo principal, tipo de estudo e principais resultados.

## DISCUSSÃO

Na condução da presente revisão integrativa, as evidências geradas fornecem subsídios para avaliar o impacto da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de IC. Grande parte dos artigos analisados apresentaram níveis de evidência fracos, o que indica a necessidade de desenvolvimento de estudos com métodos mais robustos, com dados significativos e acurados, capazes de subsidiar práticas seguras e eficazes.

Na última década, estudos demonstraram que a religiosidade/espiritualidade tem impacto positivo no tratamento da depressão e hipertensão, menor número de complicações pós-cirúrgicas e maior sobrevida. Apesar dos benefícios apresentados na literatura, a prática clínica carece de abordagens desse tipo no contexto do cuidado multiprofissional.<sup>14</sup>

Os resultados do presente estudo mostraram que a depressão foi o diagnóstico mais prevalente entre os portadores de IC, sendo a espiritualidade uma alternativa terapêutica coadjuvante.

Alvarez JS et al.,<sup>1</sup> avaliaram a influência da espiritualidade na adesão ao tratamento de pacientes ambulatoriais portadores de IC e destacaram a necessidade desta associação na prática clínica, com sugestões para que os profissionais de saúde devam estar cientes de sua importância para melhora dos resultados no tratamento e implementar medidas para atender às necessidades espirituais dos pacientes. Ainda dentro das práticas clínicas, White ML<sup>15</sup> estudaram o autocuidado com a relação de depressão e qualidade de vida em afro-americanos diagnosticados com IC. Os resultados verificaram que o uso destas práticas alivia os sentimentos negativos e tornam viáveis o gerenciamento de doenças crônicas. Os autores sugerem que na admissão dos pacientes hospitalizados haja informações de práticas religiosas nos prontuários médicos com o intuito auxiliar o tratamento.

Park CL et al.,<sup>16</sup> acompanharam, por cinco anos, a evolução de pacientes com IC, e examinaram a associação do

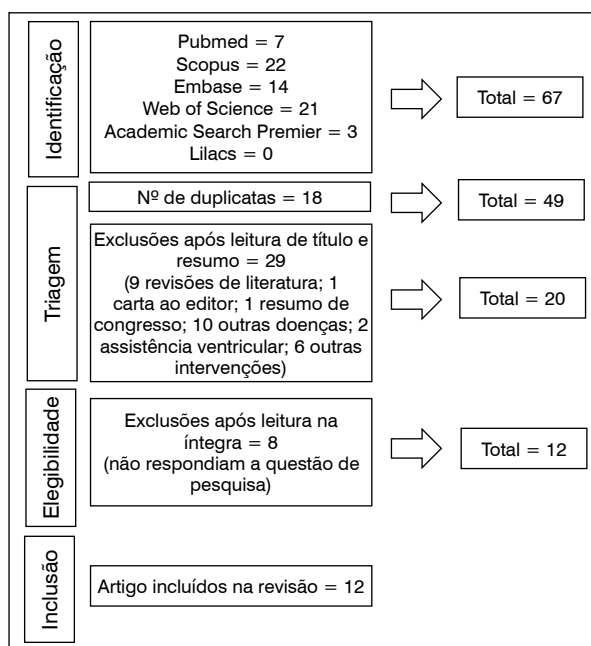


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.

**Tabela 2.** Artigos selecionados conforme autores, ano de publicação, objetivo e principais resultados.

<b>Autores/ano/país</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados</b>
Alvarez JS, et al., <sup>1</sup> (2016)	Avaliar a relação entre espiritualidade e adesão ao tratamento de IC.	A depressão e religiosidade não influenciaram o índice de adesão ao tratamento e a espiritualidade foi positivamente relacionada com a adesão.
Mills PJ, et al., <sup>14</sup> (2015)	Examinar associações entre sintomas depressivos e bem-estar espiritual em pacientes em estágio B de IC.	Fé e paz espiritual estão associados a menos depressão. Menos sintomas depressivos estão associados a marcadores inflamatórios menores, menos fadiga e melhor qualidade do sono.
White ML, <sup>15</sup> (2016)	Determinar a relação entre práticas espirituais de autocuidado e depressão e qualidade de vida.	As práticas espirituais de autocuidado com a espiritualidade melhoraram a depressão e qualidade de vida nos pacientes diagnosticados com IC.
Park CL, et al., <sup>16</sup> (2016)	Examinar a associação da entre espiritualidade com e o risco de mortalidade.	Religião e espiritualidade foram associadas a melhores comportamentos de saúde, porém apenas a espiritualidade foi associada à redução do risco de mortalidade (em 20%).
Paturzo M, et al., <sup>17</sup> (2016)	Descrever a experiência vivida de adultos com IC.	Os temas que emergiram nas entrevistas foram: mudanças na vida; isolamento social; raiva e resignação associada à doença; alívio da espiritualidade; vontade de viver; incerteza sobre o futuro e morte. As crenças religiosas são importantes para que os pacientes gerenciem seus medos.
Gorji H, et al., <sup>18</sup> (2017)	Determinar a relação entre Qualidade de Vida e atitudes religiosas de pacientes com IC.	Qualidade de vida e atitudes religiosas apresentaram resultados significativos na saúde do corpo e da mente. Evidenciando que crenças religiosas podem melhorar a qualidade de vida de pacientes com IC.
Ross L, et al., <sup>19</sup> (2015)	Identificar as necessidades espirituais e preferências de apoio espiritual dos pacientes com IC.	As entrevistas mostraram que os pacientes experimentam preocupações espirituais relacionadas a amor, pertencimento, esperança, lidar, significado, propósito, fé, crença e futuro.
Park CL, et al., <sup>20</sup> (2019)	Avaliar a associação da religiosidade/espiritualidade independente do suporte social.	A associação entre religiosidade/espiritualidade foi estatisticamente significante. Os participantes participavam de cultos religiosos e tinham níveis altos de paz espiritual.
Abdi A, et al., <sup>21</sup> (2019)	Determinar o efeito da intervenção religiosa na satisfação com a vida e depressão em idosos com IC.	A intervenção feita para o grupo de teste foi um programa religioso-espiritual que mostrou efeito positivo na satisfação com a vida e redução da depressão em pacientes com IC.
Masters KS, et al., <sup>22</sup> (2017)	Explorar o enfrentamento religioso na perspectiva de pacientes com IC.	Uma estratégia espiritual ajuda os pacientes a aceitar a realidade da doença e seus estágios. Na maioria dos pacientes a força de apoio para lidar com a doença era o poder da fé interior.
Hooker SA, et al., <sup>22</sup> (2017)	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e evidência de uma intervenção psicoespiritual para melhorar a Qualidade de Vida em pacientes com IC.	Os participantes acreditavam que a espiritualidade deveria continuar a ser incluída na intervenção, embora discordassem sobre a religião. A intervenção evidenciou aumento da QV.
Park CL, et al., <sup>23</sup> (2017)	Examinar questões de necessidades e restrições espirituais e sua relação com o bem-estar em uma amostra de pacientes com IC em estágio terminal.	Os pacientes relataram experimentar níveis moderados de necessidades espirituais, restrições e desejo de discutir sua espiritualidade com os profissionais de saúde.

Fonte: Elaboração própria.

risco de mortalidade com a espiritualidade e a religiosidade, e observaram que apenas a espiritualidade com a adesão o estilo de vida saudável e a paz espiritual estava significativamente associada à redução do risco de mortalidade. Em contrapartida, Gorji HA et al.,<sup>18</sup> ao analisar a relação entre qualidade de vida e atitudes religiosas de pacientes com IC, observaram que as crenças religiosas podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Ross L et al.,<sup>19</sup> trabalharam com pacientes portadores de ICC em fase terminal sob os cuidados paliativos. Observaram uma possível redução de internações hospitalares quando oferecido um suporte espiritual, com melhoria na qualidade de vida.

Sobre o enfrentamento religioso nos portadores de IC, Shahrbabaki PM et al.,<sup>24</sup> sugerem que uma estratégia espiritual ajuda os pacientes a lidar efetivamente com a doença. A resiliência destes pacientes associada à crença religiosa e a fé ajudam em alguns sentimentos, como paciência, tolerância e esperança. Os resultados deste estudo podem instigar os profissionais de saúde junto aos pacientes na relação de

facilitação e adaptação das fases da doença, bem como a aceitação do processo de evolução da patologia.

Em relação à experiência de vida em portadores de IC, Paturzo M et al.,<sup>17</sup> descreveram, a partir de uma análise fenomenológica, os sentimentos dos pacientes em relação a mudanças importantes na vida, isolamento social causado pela doença, raiva e resignação associada à doença, alívio da espiritualidade, vontade de viver incerteza sobre o futuro, evolução da doença e morte. Os autores observaram que o apoio da família e as crenças religiosas são uma fonte importante para gerenciar melhor os sentimentos de medos.

Ao avaliarem a associação da religiosidade/espiritualidade independente do suporte social, Park CL et al.,<sup>20</sup> relataram que os participantes que tem a ajuda social e suporte espiritual, apresentam alívio nas preocupações do cotidiano, melhora na qualidade de vida, bem como vivem melhor com a progressão da doença. Abdi A et al.,<sup>21</sup> também avaliaram a associação da religiosidade/espiritualidade independente do suporte social, com a utilização de dois instrumentos,

o inventário de satisfação com a vida LSI-Z e o Inventário de Depressão de Beck. Considerou-se o efeito positivo da intervenção espiritual-religiosa frente a satisfação com a vida e diminuição dos sintomas da depressão em pacientes com IC.

Mills PJ et al.,<sup>14</sup> também aplicaram o Inventário de Depressão de Beck em pacientes com IC, que apontou sintomas depressivos clinicamente relevantes. Os autores sugerem que um tratamento para esta amostra seria intervenções destinadas ao bem estar espiritual.

Hooker AS et al.,<sup>22</sup> avaliaram pacientes com IC inclusos em um programa baseado em módulos, que integra espiritualidade e estratégias de enfrentamento psicossocial. Concluíram que a viabilidade e aceitabilidade podem melhorar a qualidade de vida destes pacientes e sugerem que os médicos estejam abertos às questões de espiritualidade. Park CL et al.,<sup>23</sup> também relataram que há a necessidade de inserir a discussão sobre espiritualidade entre médicos e pacientes, principalmente aqueles que se encontram em fase terminal.

Dentre os recursos utilizados pelos pacientes no enfrentamento das doenças e no sofrimento é a relação espiritualidade e religiosidade.<sup>25,26</sup> Identificar demandas e oferecer suporte espiritual e religioso, beneficia tanto pacientes como os profissionais da saúde.<sup>27</sup> A população mundial possui alguma afiliação religiosa e a fé tem sido identificada como poderosa força mobilizadora nas vidas de indivíduos e comunidades.<sup>28</sup>

Na maioria dos estudos primários incluídos na presente revisão, houve descrição suficiente para implementar as estratégias de adesão do tema espiritualidade e religiosidade nos pacientes portadores de IC, tal como a importância da relação médico/paciente. Há disponível alguns instrumentos de avaliação da espiritualidade e religiosidade na literatura que auxiliam a obtenção da história espiritual e que podem ser usados pelos profissionais da saúde que ainda possuem dificuldade com o tema.

Assim, deve-se pensar na importância da assistência à espiritualidade tanto nos pacientes, quanto nos seus familiares, visto que nos momentos em que a brevidade da vida se mostra mais clara, e muitas vezes as necessidades básicas são retiradas devido a gravidade da doença, depara-se com a necessidade de dar um sentido ao tempo restante.

Quanto às limitações da presente revisão, os autores delimitaram estudos primários publicados, ou seja, a literatura cinzenta não foi incluída, bem como houve restrição de idiomas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa possibilitou a construção de uma síntese dos estudos científicos acerca do impacto da espiritualidade e religiosidade no controle e tratamento de pacientes portadores de IC. Os resultados mostraram que o contato dos profissionais da saúde com a história espiritual do paciente pode colaborar com o conhecimento de crenças e com a inclusão de terapias que possam trazer conforto e aliviar o sofrimento podem se beneficiar de que: apesar do grande número de publicações a respeito do tema, os estudos foram conduzidos com metodologias frágeis, que comprometem a veracidade dos achados e sugerem a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas de intervenção e de caráter multidisciplinar.

## CONFLITOS DE INTERESSE

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

## REFERÊNCIAS

1. 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. ahead print.
2. Carmo FR, Maruxo HB, Santos WA. Evidências científicas sobre a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa. *Ver Enferm Atual*. 2017;82(20):87-94
3. Freitas AKE, Cirino RHD. Manejo Ambulatorial da Insuficiência Cardíaca Crônica. *Rev Med UFPR*. 2017;4(3):123-36.
4. Thiengo PCS, Gomes AMT, Mercês MC, Couto PLS, França LCM, Silva AB. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare enferm*. [Internet]. 2019;24:e58692
5. Silva MBAM, Amaral LBCB, Almeida RB, Grossman SMC. Espiritualidade e Saúde: Estudo Caso-Controlado. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2016; 14(2): 1201-09.
6. Forti S, Serbena CA, Scaduto AA. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1463-74.
7. Martelli A. A influência da Religiosidade e da Fé na Adesão do Tratamento e Melhora dos Sintomas em Pacientes Portadores de Doenças. *Rev Teológica DOXIA*. 2017;3(5): 9-19.
8. Manuel DS, Nascimento JS, Pereira PS, Spezani RS. A espiritualidade no cuidado paliativo em insuficiência cardíaca, à luz da Teoria de Jean Watson. *Revista Pró-univerSUS*. 2019;10(2):64-9.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
10. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Rayyan EA. A web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210.
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:3-24.
12. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no peri operatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005:128.
13. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análise: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serve Saúde (Internet)*. 2015;24(2):335-42.
14. Mills JP, Wilson K, Iqbal N, Iqbal F, Alvarez M, Pung MA, et al. Depressive Symptoms and Spiritual Wellbeing in Asymptomatic Heart Failure Patients. *Springer + Business Media*. 2015
15. White ML. Spirituality Self-Care Practices as a Mediator between Quality of Life and Depression. *Religions*. 2016;7(5):54.
16. Park CL, Aldwin CM, Suresh DP. Spiritual Peace Predicts 5-Year Mortality in Congestive Heart Failure Patients. *Health Psychol*. 2016;35(3):203-10
17. Vellone E, Paturzo M, Petruzzo A, Bertò L, Mottola A, Cohen M, et al. The lived experience of adults with heart failure: A phenomenological study. *Annali d'igiene* 2016;28;263-73.



18. Gorji HA, Bathaei SA, Shakeri K, Heidari M, Asayesh H. The effect of religiosity on quality of life in Muslim patients with heart failure: a study in Qom, the religious capital of Iran. *Mental Health, Religion & Culture*. 2017;01:38
19. Ross L, Austin J. Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers. *J Nursing Management*. 2015;23:87-95.
20. Park CL, Lee SY. Unique effects of religiousness/ spirituality and social support on mental and physical well-being in people living with congestive heart failure. Springer Science + Business Media, LLC, part of Springer Nature. 2019.
21. Abid A, Soufinia A, Borji M, Asma T. The Effect of Religion Intervention on Life Satisfaction and Depression in Elderly with Heart Failure. Springer Science + Business Media, LLC, part of Springer Nature, 2018.
22. Hooker SA, Ross K, Masters KS, Park CL, Hale AE, Allen LA, et al. Mixed- Methods Pilot Study of a Psychospiritual Intervention for Heart Failure Patients. *J Cardiovasc Nursing*. 2017;32(3):225-35.
23. Park CL, Sacco SJ. Heart Failure Patients' desires for Spiritual Care, Perceived Constraints, and Unmet Spiritual Needs: Relations with Wellbeing and Health-Related Quality of Life. *Psychology, Health & Medicine*. 2017.
24. Shahrabaki PM, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. Spirituality: A Panacea for Patients Coping with Heart Failure. *IJCBNM*. 2017;5:1.
25. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Avezum Jr. A. Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. *Rev Bras Cardiol*. 2011;24(1):55-7.
26. 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.
27. Karam A, Clague J, Marshall K, Olivier J, Series FaH. The view from above: faith and health. *Lancet*. 2015;386(10005):e22-4.
28. 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.

# OTIMIZAÇÃO DA ADESÃO FARMACOTERAPÊUTICA POR MEIO DO CUIDADO FARMACÊUTICO

## OPTIMIZATION OF PHARMACOTHERAPEUTIC ADHERENCE THROUGH PHARMACEUTICAL CARE



Clique para acessar  
o Podcast

Débora Bernardes  
Francisco<sup>1</sup>  
Julia Sumie Nakaima  
Fugita<sup>1</sup>  
Regina Queiroz Machtura<sup>1</sup>  
Renata Parducci de  
Oliveira<sup>1</sup>  
Thamiris Cardoso Santos<sup>1</sup>

1. Instituto do Coração (InCor), São  
Paulo, SP, Brasil

Correspondência:  
Julia Sumie Nakaima Fugita.  
Instituto do Coração.  
Avenida Dr. Enéas de Carvalho  
Aguiar, 44. Serviço de Farmácia,  
Subsolo, Bloco II.  
São Paulo, SP, Brasil. CEP: 05403-900.  
julia.fugita@hc.fm.usp.br

### RESUMO

Para o sucesso da adesão do tratamento dos pacientes cardiovasculares, o farmacêutico clínico inserido na equipe multiprofissional pode utilizar a cardiologia comportamental como uma ferramenta no processo de adesão terapêutica, a fim de proporcionar uma terapêutica de qualidade. O objetivo desta revisão foi avaliar o papel do farmacêutico clínico na cardiologia comportamental. Este estudo é uma descrição narrativa realizada por meio da busca de estudos nos bancos de dados PUBMED e SCIELO. Observou-se que o farmacêutico clínico possui importante papel nas atividades de anamnese, conciliação medicamentosa, otimização da farmacoterapia, orientação farmacêutica de alta hospitalar e avaliação da adesão farmacoterapêutica.

**Descritores:** Assistência Farmacêutica; Uso de Medicamentos; Doenças Cardiovasculares.

### ABSTRACT

*For successful adherence to the treatment of cardiovascular patients, the clinical pharmacist included in the multiprofessional team can use behavioral cardiology as a tool in the process of therapeutic adherence, in order to provide quality therapy. The purpose of this review was to assess the role of the clinical pharmacist in behavioral cardiology. This study is a narrative description carried out by searching for studies in the PUBMED and SCIELO databases. It was found that clinical pharmacists have an important role in the activities of anamnesis, medication reconciliation, optimization of pharmacotherapy, pharmaceutical guidance for hospital discharge and evaluation of pharmacotherapeutic adherence.*

**Keywords:** Pharmaceutical Services; Drug Utilization; Cardiovascular Diseases.

## INTRODUÇÃO

Fatores psicossociais tais como, situação econômica, estresse agudo ou crônico, depressão e ansiedade estão muito prevalentes em pacientes cardiopatas, também estão associados ao comportamento e fatores de risco biológicos destes pacientes, bem como possuem relação com um aumento na morbimortalidade, baixa qualidade de vida e compõem barreiras para mudança de estilo de vida e adesão farmacoterapêutica.<sup>1</sup>

A adesão medicamentosa pode ser definida como uma extensão da qual o comportamento do paciente corresponde ao que lhe foi prescrito, ao passo que a não adesão infere nos resultados de segurança e sucesso das terapias.<sup>2</sup> Dentre os fatores que influenciam à má adesão a um tratamento, seja ele farmacológico ou não, percebem-se: entendimento sobre a doença e complexidade da mesma, comorbidades concomitantes, número de medicamentos prescritos, custo e acesso à estes, fatores sociais e econômicos.<sup>2,3</sup> Khera et al., demonstram que fatores comportamentais têm maior impacto na ocorrência de doenças cardíacas quando comparados a fatores genéticos.<sup>4</sup> A não adesão está relacionada ao aumento

de doenças cardiovasculares, hospitalização, mortalidade e gastos com saúde.<sup>5</sup>

A Sociedade Européia de Cardiologia, elenca três estratégias para diminuição de comportamentos de risco e desenvolvimento de comportamentos de promoção de saúde: as cognitivo-comportamentais (entrevistas motivacionais) que facilitam a mudança do estilo de vida, envolvimento da equipe multidisciplinar no cuidado e, para pacientes com alto risco de doença cardiovascular, a realização de intervenções multimodais que integram educação, atividade física, manejo de estresse e aconselhamento sobre fatores de risco psicossociais.<sup>6</sup>

Segundo essas recomendações, a inserção de outros profissionais, incluindo-se farmacêuticos clínicos, nos cuidados cardiológicos dos pacientes tem ação sobre a eficácia e custo-efetividade nos desfechos clínicos destes. Destaca-se, também, que essa inserção, se dá pelo foco nas ações como equipe e não é independente em relação às ações de outros membros.<sup>7</sup>

O American College of Clinical Pharmacy (ACCP), define serviços de farmácia clínica como "disciplina da ciência em

saúde, em que farmacêuticos fornecem um atendimento ao paciente que otimiza a terapia medicamentosa e promove a saúde, bem-estar e a prevenção de doenças".<sup>8</sup> Portanto, os farmacêuticos clínicos podem contribuir, segundo seus conhecimentos, certificações e experiências, tanto para o paciente quanto para a equipe de saúde. Seus serviços clínicos incluem, mas não são limitados a: manejo de terapias medicamentosas complexas, transição de cuidado nos diferentes níveis de complexidade dos sistemas de saúde e educação continuada, promovendo, então, desfechos clínicos otimizados.<sup>7</sup>

No Brasil, o primeiro Serviço de Farmácia Clínica foi criado na década de setenta na região Norte do país, bem como o primeiro Centro de Informação de medicamentos (CIM).<sup>9</sup> Em 2002, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) juntamente com o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica que reconhecia o Farmacêutico na participação ativa de prevenção de doenças e promoção da saúde.<sup>10</sup>

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa feita através do levantamento bibliográfico de artigos científicos nas bases de dados SCIELO e PUBMED, nas línguas portuguesa e inglesa. Os descritores utilizados foram Assistência Farmacêutica, Uso de Medicamentos e Doenças Cardiovasculares. Os artigos publicados variam do ano 2007 a 2020 e também foram utilizados buscas nos anais do Conselho Federal de Farmácia e do Ministério da Saúde. A pesquisa tem como foco a participação do farmacêutico em serviços de saúde no país, porém utiliza artigos internacionais para confirmação de ideias.

## DESENVOLVIMENTO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Muitas vezes a doença cardíaca está associada a outras comorbidades gerando a polifarmácia, definida pelo uso de cinco ou mais medicamentos.<sup>11</sup> O uso concomitante de diversos fármacos ao mesmo pode ocasionar Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs), que são resultados clínicos negativos devido à farmacoterapia, que provocados por diversas causas conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico ou ao aparecimento de efeitos não desejados.<sup>12</sup>

Os PRMs podem estar relacionados com Reações Adversas a medicamentos (RAM's) no qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como "qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional que ocorre com medicamentos em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doenças ou para modificação de funções fisiológicas."<sup>13</sup>

Desta forma, é de grande importância a realização da assistência farmacêutica, pois envolve um conjunto de ações que visam assegurar a assistência integral, a promoção, a proteção, e a recuperação da saúde, visando o uso racional dos medicamentos, podendo ter grupos específicos de pacientes como foco, por exemplo, idosos e cardiopatas, como beneficiários das ações.<sup>14</sup>

As atividades do farmacêutico clínico envolvem a avaliação da prescrição ou receituário médico quanto à indicação terapêutica dos medicamentos, dose, posologia, via de administração, duplicidade terapêutica, presença de interações

medicamentosas, alterações terapêuticas mais adequadas e disponíveis, presença de RAM, assim, prevenindo os PRMs.<sup>15</sup>

O processo clínico do cuidado farmacêutico ao paciente refere-se às etapas que auxiliam o usuário no alcance das metas do seu tratamento e é, em geral, conduzido por: coleta e organização de dados, avaliação e identificação de problemas, pactuação do plano de cuidado e seguimento individual,<sup>14</sup> o que aumenta as abordagens profissionais ao paciente e, com isso, a qualidade a sua saúde cardiovascular.<sup>7</sup>

### Coleta e organização dos dados do paciente

O seguimento se inicia com a coleta de dados do paciente através da anamnese e o paciente é a principal fonte de informação, pois é essencial e de grande relevância o farmacêutico compreender a experiência de medicação relatada pelo paciente, incluindo as atitudes, desejos, expectativas, receios, entendimento e o comportamento do paciente com relação aos medicamentos, pois essa etapa é fundamental na tomada de decisões clínicas. A adesão terapêutica será eficiente e positiva após ser compreendida de forma segura através dessa aproximação.<sup>16</sup>

### Conciliação medicamentosa

A conciliação ou reconciliação medicamentosa é definida como a comparação da terapêutica habitual (ou anterior) do paciente com a prescrição atual, em relação ao nome, dosagem, frequência e via de administração dos medicamentos. Ela deve ser realizada em momentos-chaves de transição entre cuidados de saúde, como admissão, transferência ou alta, com o intuito de evitar discrepâncias como duplicidade ou omissão que podem resultar em danos para o paciente.<sup>17</sup>

### Otimização da farmacoterapia

A otimização da farmacoterapia é o processo pelo qual se obtém os melhores resultados possíveis da farmacoterapia do paciente, considerando suas necessidades individuais, expectativas, condições de saúde, contexto cultural e determinantes de saúde.<sup>18</sup>

Desta forma, se faz necessário considerar as comorbidades do paciente para avaliar a necessidade de todos os medicamentos prescritos, assim como, dados clínicos para adaptação da via de administração, necessidade de ajuste de dose conforme função renal e função hepática.<sup>19</sup> Neste processo também é importante levar em consideração a rotina do paciente, para que o aprazamento dos medicamentos seja feito da forma mais adequada, simplificando a posologia, a fim, de favorecer a adesão à farmacoterapia, ação que tem se mostrado efetiva em estudos realizados.<sup>20,21</sup>

### Orientação farmacêutica de alta hospitalar

Em conjunto com a equipe multidisciplinar, o farmacêutico clínico tem atuação no processo de alta hospitalar, pois é responsável pela orientação do tratamento medicamentoso, através de um plano de alta que leva em consideração as particularidades do paciente, sendo elaborado de forma individualizada, considerando o nível de escolaridade e grau de dificuldade de compreensão do paciente e/ou cuidador. As informações são fornecidas através da comunicação verbal e por meio de instrumentos que possam facilitar a sua compreensão, com o uso de tabelas contendo informações

dos medicamentos prescritos assim como figuras, símbolos e cores para facilitar o processo de adesão.<sup>22</sup> (Figura 1) A fim de se evitar discrepâncias medicamentosas na transição do cuidado, é realizada a conciliação medicamentosa no momento da alta, pois estas podem ter efeitos negativos sobre a morbidade, acarretando no aparecimento de efeitos adversos e aumento de chances de reinternações.<sup>23</sup>

### Ferramentas de avaliação da adesão farmacoterapêutica

Metodologicamente, a adesão à farmacoterapia pode ser mensurada por métodos classificados como diretos e indiretos. Os métodos diretos podem ser realizados através da detecção de fármacos nos fluidos biológicos e também através da observação direta do paciente, verificando se ele está cumprindo o regime medicamentoso prescrito, o qual é aplicável principalmente para o âmbito hospitalar.<sup>24</sup> Dentre os métodos indiretos, podem ser citados:

Questionários estruturados, como o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) permite identificar as barreiras à adesão farmacoterapêutica, em três domínios: Regime, Crenças e Recordação. Composto por 11 questões que são respondidas com “Sim” ou “Não”, com base nas respostas nos diferentes domínios os pacientes podem ser classificados em: Aderente, Provável aderente, Provável baixa adesão e baixa adesão.<sup>25</sup>

O diário do paciente é uma ferramenta na qual o paciente é orientado a anotar todos os eventos relacionados ao uso dos medicamentos, as anotações são entregues ao profissional de saúde conforme frequência determinada e a adesão são estimadas por meio da avaliação das anotações. O ato de registrar diariamente os eventos pode apresentar efeito positivo na adesão farmacoterapêutica.<sup>24, 26</sup>

Há a possibilidade de realizar a contagem manual de comprimidos, como forma de avaliar a adesão à terapia medicamentosa. Já no *Medication Event Monitoring System* (MEMS), a adesão é mensurada com base no número de vezes que o paciente abre o frasco dos medicamentos, para tal, há a necessidade de embalagens especiais. O acompanhamento também pode ser realizado pelo registro de retirada do medicamento na farmácia, neste, os pacientes que realizam as retiradas com regularidade são considerados aderentes.<sup>24</sup>

Ao considerar os avanços apresentados em relação à Atenção Farmacêutica, países como Canadá, Espanha e Estados Unidos são considerados referência no assunto, com serviço de saúde bem estruturado e reconhecendo o farmacêutico como profissional essencial na área da saúde, estando há alguns anos na frente de países em desenvolvimento como o Brasil, em contra-partida, seguindo uma tendência mundial, o Brasil passa por constantes modificações através da implantação de ações pelo SUS e reestruturação nas diretrizes curriculares dos cursos da área da farmácia, de forma a permitir o fortalecimento de ações que visam a racionalidade do emprego dos medicamentos.<sup>10</sup>

A cardiologia comportamental define um novo horizonte de atuação, que engloba a relação entre a saúde mental e cardiovascular, a influência de fatores psicossociais sobre a incidência das doenças cardiovasculares e aspectos comportamentais dos pacientes, que determinam maior ou menor adesão às recomendações médicas,<sup>27</sup> portanto, esses fatores devem ser sempre pautados em abordagens de educação continuada aos pacientes.<sup>1</sup>

Os farmacêuticos clínicos como educadores e profissionais da saúde, possuem potencial para contribuir para a otimização terapêutica e prevenção de efeitos adversos.<sup>7</sup> Estudos demonstram que intervenções de sucesso no tratamento medicamentoso, incluem aquelas que englobam os comportamentos psicossociais dos pacientes, ações de educação e intervenções farmacêuticas.<sup>28</sup>

Uma revisão sistemática realizada acerca da assistência farmacêutica em pacientes hipertensos demonstrou que os principais desfechos avaliados nas intervenções foram adesão terapêutica, qualidade de vida e pressão arterial, sendo que a pressão sistólica foi a mais afetada positivamente.<sup>29</sup> Já um estudo que avaliou intervenções farmacêuticas em Hipertensão Arterial Resistente, identificou que o Cuidado Farmacêutico, propiciou resultados positivos aos grupos em questão, com melhora da adesão farmacoterapêutica e melhor controle da pressão arterial.<sup>30</sup>

Pacientes com idade  $\geq 50$  anos com insuficiência cardíaca foram randomizados para intervenção farmacêutica ambulatorial durante nove meses e acompanhamento pós intervenção de três meses, as ações foram projetadas para atender as necessidades de autocuidado dos idosos, incluindo a disponibilização de materiais que facilitam a administração dos medicamentos, como ilustrações em

Tabela de orientação farmacêutica Como tomar seus medicamentos			
Paciente: _____			
Data: _____		Farmacêutico: _____	
Horário	Nome dos medicamentos	Quantidade	Com água
 Em jejum			
 Café da manhã			
 Almoço			
 A tarde			
 Jantar			
 Ao deitar			

Fonte: Receita da alta hospitalar nº \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Orientações: \_\_\_\_\_

Figura 1. Modelo de Tabela de Orientação Farmacêutica.



tabelas e nas embalagens dos medicamentos, a adesão foi medida por meio do método MEMS. Foi observado que o grupo intervenção teve uma adesão de 78,8%, frente a 67,9% no grupo de cuidados habituais. No entanto, após o período de intervenção o efeito destas se dissipou, o que indica a necessidade de intervenções periódicas e sustentadas.<sup>31</sup>

Castro e Fuchs, demonstram que o farmacêutico pode aumentar o grau de adesão e correção do tratamento anti-hipertensivo, em seu estudo de abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle.<sup>32</sup>

Tavares et al., observaram no Brasil, uma baixa adesão à terapia medicamentosa no tratamento de doenças crônicas em aproximadamente 30% da população estudada, a qual esteve relacionada a polifarmácia, presença de três ou mais doenças, baixo nível de escolaridade e faixa etária classificada como adulto jovem, sem diferença significativa entre homens e mulheres. Estes resultados indicam que diferentes populações e faixa-etárias devem ser alvo de intervenções relacionadas à adesão.<sup>33</sup>

Ribeiro et al., ao realizar o trabalho sobre intervenções farmacêuticas na farmácia clínica, constatou o aumento na

aceitabilidade das intervenções podem estar relacionadas ao entendimento do papel do farmacêutico como profissional importante no sucesso da terapia medicamentosa e na segurança do uso dos medicamentos.<sup>15</sup>

## CONCLUSÃO

Em uma sociedade em que o tratamento medicamentoso constitui a forma terapêutica mais utilizada, é essencial que esteja presente a atividade clínica do farmacêutico, uma vez que esse profissional é capacitado para a promoção, racionalização e otimização da farmacoterapia. Portanto, a inserção do farmacêutico clínico na equipe de saúde consolida um cuidado individualizado e potencializado aos pacientes.

## CONFLITOS DE INTERESSE

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

## REFERÊNCIAS

- Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, et al. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018 : Position paper of the German Cardiac Society. *Clin Res Cardiol.* 2019;108(11): 1175-96.
- Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors-an (updated) overview of systematic reviews. *Syst Rev.* 2019;8(1): 327-45.
- Ferreira MC, Pedreira LC, Souza ML, Silva CFT, Amaral JB, Oliveira LMS. Respostas comportamentais e estratégias de enfrentamento de idosos no tratamento da insuficiência cardíaca. *Rev Baiana Enferm.* 2019;33:e28023.
- 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.
- Ferdinand KC, Senatore FF, Clayton-Jeter H, Cryer DR, Lewin JC, Nasser CA, et al. Improving Medication Adherence in Cardiometabolic Disease: Practical and Regulatory Implications. *J Am Coll Cardiol.* 2017;69(4): 437-51.
- 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). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2016;37(29): 2315-81.
- Dunn SP, Birtcher KK, Beavers CJ, Baker WL, Brouse SD, Page RL, et al. The role of the clinical pharmacist in the care of patients with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 2015;66(19):2129-39.
- American College of Clinical Pharmacy. The definition of clinical pharmacy. *Pharmacotherapy* 2008;28: 816-7.
- Pharmacia Brasileira. 2010. Disponível em: [http://farmaceuticos.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/126/015a018\\_farmAcia\\_clAnica.pdf](http://farmaceuticos.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/126/015a018_farmAcia_clAnica.pdf). Acesso em 15/06/2020.
- Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Cienc Farm.* 2018; 44(4): 601-12.
- Vieira LB, Cassiani SHB. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. *Rev Bras Cardiol.* 2014;27(3): 195-202.
- Souza DM, Souza LB, Lana GG, Souza SM, Aguilar NC, Silva DR. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. *Rev Pensar Acadêmico.* 2018;16(2): 166-78.
- Brasil. Ministério da Saúde. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. O serviço de clínica farmacêutica. In: Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Caderno 1. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014: 69-84.
- Ribeiro VF, Sapucaia KCG, Aragão LAO, Bispo ICS, Oliveira VF, Alves BL. Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica. *Rev Bras Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde.* 2015; 6(4): 18-22.
- Lima MN. Influência do acompanhamento farmacoterapêutico no tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial sistêmica em idosos: Revisão sistemática. Trabalho de Conclusão de Curso (E Bacharel em Farmácia), Itacoatiara - AM: Universidade Federal do Amazonas - UFAM; 2019. Disponível em: <http://200.129.163.19/handle/prefix/5647>. Acesso em: 14/06/2020.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Hospital National Patient Safety Goals Effective. 2018. Disponível em: [https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG\\_Chapter\\_HAP\\_Jan2018.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_HAP_Jan2018.pdf). Acesso em: 10/06/2020.
- Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências; 2013. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 10/06/2020.
- Santos J, Limberger J. Indicadores de avaliação da assistência farmacêutica na acreditação hospitalar. *Rev Adm Saúde.* 2018;18:327-345.
- Oliveira Filho AD, Morisky DE, Costa FA, Pacheco ST, Neves SF, Lyra-Jr DP. Otimização da adesão terapêutica pós-alta hospitalar de pacientes com DCV: ensaio clínico randomizado - estudo piloto. *Arq Bras Cardiol.* 2014; 103(5): 502-12.
- Castellano JM, Sanz G, Penalvo JL, Bansilal S, Fernandez-Ortiz A, Alvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 64(20): 2071-82.

22. Lima LF, Martins BCC, Oliveira FRP, Cavalcante RMA, Magalhães VP, Firmino PYM, et al. **Pharmaceutical orientation at hospital discharge of transplant patients: strategy for patient safety.** 2016;14 (3): 359-65.
23. Farley TM, Shelsky C, Powell S, Farris KB, Carter BL. Effect of clinical pharmacist intervention on medication discrepancies following hospital discharge. *Int J Clin Pharm.* 2014; 36: 430-37.
24. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandez KC, Luz RT, et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm [Internet].* 2012;93(4):403-10. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-4-2.pdf>
25. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública.* 2012;46(2):279-89.
26. Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol.* 2004;19(4): 357-62.
27. Katz M, Wajngarten M. **Cardiologia Comportamental: Uma Nova Fronteira de Atuação da Cardiologia.** *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(1): 3-4.
28. Marcum ZA, Hanlon JT, Murray MD. **Improving medication adherence and health outcomes in older adults: an evidence-based review of randomized controlled trials.** *Drugs & Aging.* 2017;34(3):191-201.
29. Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Brito Gde C, da Silva WB, Machado M, Lyra DP Jr. Pharmaceutical care in hypertensive patients: a systematic literature review. *Res Social Adm Pharm.* 2012;8(5): 383-96.
30. Peres HA, Pereira LRL. **Hipertensão Arterial Resistente: Uma oportunidade para o farmacêutico desenvolver o cuidado farmacêutico.** *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2015;36(4): 601-12.
31. Murray MD, Young J, Hoke S, Tu W, Weiner M, Morrow D, et al. Pharmacist intervention to improve medication adherence in heart failure: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2007;146(10): 714-25.
32. Castro MS, Fuchs FD. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Rev Bras Hipertensão.* 2008; 15(1): 25-7.
33. Tavares NU, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PS, Luiza VL, Oliveira MA, et al. **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas no Brasil.** *Revista de Saúde Pública.* 2016; 50(2): 327-45.

## NUTRIÇÃO E ESPIRITUALIDADE

### NUTRITION AND SPIRITUALITY



Clique para acessar  
o Podcast

Gisela Palumbo  
Comarovschi Savioli<sup>1,2</sup>  
Roque Marcos Savioli<sup>3</sup>

1. Pesquisador Autônomo. Nutricionista Clínica Funcional. Fitoterapeuta. São Paulo, SP, Brasil.
2. Institute for Functional Medicine (IFM). Applying Functional Medicine in Clinical Practice. Washington. EUA
3. InCor-HCFMUSP. Unidade de Cardiogeriatría. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:  
roque.savioli@gmail.com

### RESUMO

A busca do entendimento da existência e o relacionamento com o sagrado é algo presente em todas as civilizações, desde os primórdios da humanidade, assim como o significado das doenças. Nas últimas décadas, observou-se grande interesse da classe científica em estudar a relação entre a espiritualidade e a saúde. Inúmeros estudos vêm sendo publicados demonstrando a relação positiva entre a espiritualidade e religiosidade com a saúde. Não existe um consenso na literatura acadêmica sobre a definição de espiritualidade, situação que cria uma série de vieses nos estudos científicos. A versão mais moderna da definição de espiritualidade inclui a religiosidade, de forma a se considerar como sendo sinônimos, denominando-a como religiosidade/espiritualidade (R/S). Ultimamente, pesquisas científicas modernas baseadas em evidências começaram a explorar os benefícios da R/S na saúde. Estudos epidemiológicos têm revelado que o envolvimento religioso está associado à diminuição da morbimortalidade, maior expectativa de vida e melhores resultados após procedimentos médicos, entre muitos benefícios mentais e físicos. Em quase todas as religiões do mundo, existe uma grande preocupação com a alimentação, sendo o alimento considerado uma dádiva divina para o homem. Nas religiões politeístas da antiguidade, por muito tempo, vemos oferendas de animais aos deuses, sendo a carne desses oferecidas somente aos sacerdotes, tendo em vista a sacralidade da mesma; em outras religiões, outro tipo de oferendas, mas sempre tendo o alimento como foco principal. Dentre as várias religiões existentes no mundo, uma prática observada em quase todas elas é o jejum, trazendo benefícios espirituais para os fiéis praticantes. Estudos recentes vêm demonstrando que além do aspecto religioso, existem, na prática do jejum, benefícios para a saúde do corpo. Neste artigo, os autores fazem uma análise do jejum praticado nas religiões mais frequentes do mundo, correlacionando-o com dados de literatura a respeito. Finalizam destacando o mecanismo fisiopatológico dos benefícios do jejum para a saúde humana, bem como para a longevidade.

**Descritores:** Espiritualidade; Nutrição; Assistência à Saúde.

### ABSTRACT

*The search for the understanding of existence and the relationship with the sacred is something that has been present in all civilizations, since the dawn of humanity, as well as the meaning of diseases. Over the last decades, there has been a great scientific interest in studying the relationship between spirituality and health. A number of studies have been published, demonstrating the positive relationship between spirituality and religiosity with health. There is no consensus in the academic literature on the definition of spirituality, a situation that creates a range of biases in scientific studies. The most modern version of the definition of spirituality includes religiosity, in order to be considered synonymous, denominating it as religiosity/spirituality (R/S). Lately, modern scientific evidence-based research has begun to explore the health benefits of R/S. Epidemiological studies have revealed that religious involvement is associated with decreased morbidity and mortality, longer life expectancy and better results after medical procedures, among many mental and physical benefits. In almost all the religions of the world, there is a great concern with food, as it is considered a divine gift for men. In the ancient polytheistic religions, we have seen, for a long time, animal offerings to the gods. Animal meat is offered only to the priests, in view of their sacredness. In other religions, other types of offerings are seen, but they all have food as the main focus. Among the various religions existing in the world, a practice observed in almost all of them is fasting, which brings spiritual benefits to the faithful practitioners. Recent studies have shown that in addition to the religious aspect, there are benefits to the health of the body in the practice of fasting. In this article, the authors make an analysis of fasting practiced in the most frequent religions in the world, correlating it with literature data about it. They conclude by highlighting the pathophysiological mechanism of the benefits of fasting for human health, as well as for longevity.*

**Keywords:** Spirituality; Nutrition; Delivery of Health Care.

## INTRODUÇÃO

A busca do entendimento da existência e o relacionamento com o sagrado é algo presente em todas as civilizações, desde os primórdios da humanidade, assim como o significado das doenças.<sup>1</sup>

Nas últimas décadas observou-se um grande interesse da classe científica em estudar a relação entre a espiritualidade e a saúde. Inúmeros estudos vêm sendo publicados demonstrando a relação positiva entre a espiritualidade e religiosidade com a saúde.<sup>1</sup> Antes mesmo de discutirmos esses estudos, é necessário definirmos alguns termos, como:

Religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que facilitam a aproximação com o sagrado ou transcendente (Deus, força superior, última verdade etc.) e para nortear o comportamento humano dentro da sociedade, de modo a se viver com entendimento e solidariedade.

Religiosidade é a manifestação exterior das crenças e cultos, como por exemplo, a frequência aos serviços religiosos. Ela pode ser extrínseca, pois as pessoas podem ir às missas, aos cultos com frequência, para aumentar o seu contato social, o seu *status* dentro da comunidade ou ir à procura de outras vantagens pessoais. Isto nem sempre significa uma busca do sagrado.

A religião pode ter rituais ou prescrições de comportamento associados a busca do sagrado que possam ter sido validadas por um grupo de pessoas, não necessariamente pela cultura dominante. Isto é notório, por exemplo, quando observamos nas ruas, judeus ortodoxos (e alguns padres católicos) trajando vestes pretas num calor tropical como o nosso.<sup>2</sup>

A religiosidade pode ser intrínseca, quando as pessoas dão uma importância principal à sua própria religião, sendo as suas necessidades próprias relegadas para último lugar, vividas tanto quanto possível em harmonia com as crenças religiosas. Assim, vivem a religião como uma crença que interiorizaram e praticam na sua totalidade.<sup>2</sup>

Espiritualidade é a busca das respostas para as questões mais urgentes da nossa vida e o significado da nossa existência. A espiritualidade pode ou não necessitar dos ritos religiosos para ser desenvolvida, bem como da vida comunitária. As pessoas podem buscar a espiritualidade através da religião, através da relação com a natureza, através das suas realizações pessoais etc.<sup>3</sup>

A espiritualidade pertence a nossa integridade, é algo nosso, impossível de ser tomado, é individual, pouco visível e mensurável, extremamente subjetiva, menos formal, menos ortodoxa, menos sistemática; é orientada pela emoção, dirigida interiormente, não autoritária, não orientada por doutrinas.

Já a religiosidade é focada na comunidade, é mensurável, objetiva, observável, formal, ortodoxa, organizada, orientada pelo comportamento, praticada exteriormente, autoritária em termos comportamentais, é uma doutrina que separa o bem do mal.

Não existe um consenso na literatura acadêmica sobre a definição de espiritualidade,<sup>4</sup> situação que cria uma série de vieses nos estudos científicos. A versão mais moderna da definição da espiritualidade, inclui a religiosidade, de forma a se considerar como sendo sinônimos, denominando a como religiosidade/espiritualidade (R/S).<sup>5</sup>

Ultimamente, pesquisas científicas modernas baseadas em evidências começaram a explorar os benefícios da

R/S na saúde. Estudos epidemiológicos tem revelado que o envolvimento religioso está associado a diminuição da morbimortalidade, maior expectativa de vida e melhores resultados após procedimentos médicos, entre muitos benefícios mentais e físicos.<sup>6</sup>

Uma metanálise recente revelou um efeito benéfico significativo, embora pequeno, em marcadores de saúde. A análise dos sub grupos mostrou que algumas medidas da religiosidade intrínseca e extrínseca eram significativamente relacionadas a saúde, como pressão arterial, proteína C reativa e marcadores cardiovasculares. Esse estudo, embora admita que a R/S minimiza os efeitos negativos da inflamação, não consegue revelar os reais mecanismos desses resultados.<sup>7</sup>

Um dos prováveis efeitos benéficos da religiosidade sobre a saúde é a mudança de hábitos de vida, como por exemplo a prática de uma nutrição saudável, de exercícios físicos, cessar o tabagismo e manter uma vida espiritual saudável, enfrentando, assim, o estresse da vida moderna, um dos fatores de risco para as doenças do coração e dos vasos.<sup>8-11</sup>

Nesse sentido vemos a importância da nutrição, como promotora de saúde. Inúmeros estudos revelam a importante função das instituições religiosas na orientação alimentar tanto dos seus pares como dos seus fiéis.<sup>12-16</sup>

As religiões têm diferentes crenças, rituais e práticas que variam conforme seus laços culturais, históricos e geográficos. A maioria delas, no entanto, tem como principal objetivo o fortalecimento do corpo, a mente e o espírito.

Em quase todas as religiões do mundo existe uma grande preocupação com a alimentação, sendo o alimento considerado uma dívida divina para o homem. Nas religiões politeístas da antiguidade por muito vemos oferendas de animais aos deuses, sendo a carne desses oferecidas somente aos sacerdotes, tendo em vista a sacralidade da mesma, em outras, outro tipo de oferendas, mas sempre tendo o alimento como foco principal.

Uma das situações comuns a quase todas as religiões é a prática do jejum, onde a abstinência de alimentação é oferecida ao sagrado, para purificação do espírito, facilitando assim a comunicação com o divino. Várias são as formas de jejum que encontramos na história da humanidade, mas vamos nos deter nas mais conhecidas e mais comuns como, o Jejum dos Cristãos Ortodoxos Gregos, o Jejum do Ramadã, o Jejum do Judaísmo, o Jejum de Daniel, Jejum das Religiões Orientais e Jejum da Igreja Católica Apostólica Romana.

## JEJUM DOS CRISTÃOS ORTODOXOS GREGOS

O jejum ortodoxo é um jejum sazonal praticado durante o Natal, Quaresma e na data da Assunção de Nossa Senhora (15 de agosto). Consiste em abstenção de produtos lácteos, ovos e carne e de peixe e azeite às quartas e sextas-feiras. Durante o esse jejum, pode-se consumir pão, frutas, legumes, nozes e frutos do mar. Esse jejum acontece 180 a 200 dias por anos, divididos, em 40 dias antes do Natal, 48 antes da Páscoa e 15 dias em agosto, antes da data da Assunção de Maria, além de outras datas adicionais como Epifania etc. Durante o período de jejum o álcool não é permitido.



O jejum ortodoxo é considerado uma forma de restrição calórica e semelhante a dieta mediterrânea, que tem sido associada à longevidade e baixa prevalência de doenças cardiovasculares. Os períodos de jejum são praticados de forma consistente, bem tolerada, sem alterações prejudiciais no balanço eletrolítico ou doenças cardiovasculares.

Estudos demonstraram que a prática do jejum ortodoxo durante um ano pode levar uma diminuição significativa da ingestão total de energia, de proteína e de gordura, com uma redução significativa no colesterol total, no LDL- colesterol e IMC.<sup>17,18</sup>

## JEJUM DO RAMADÃ

Os muçulmanos jejuam do nascer ao pôr do sol durante o nono mês do calendário islâmico (Hijra), que é o mês do Ramadã. Durante esse período, comida e bebida são proibidas durante o dia; o jejum é quebrado tomando duas refeições sem restrições (após o pôr do sol e antes do amanhecer).

É um tipo de jejum intermitente, consistindo em períodos alternados de jejum e festa. Crianças, idosos, doentes crônicos, grávidas ou mulheres que amamentam e viajantes de longas distâncias são isentos.

A duração do jejum é variável, uma vez que a data do Ramadã obedece ao calendário lunar, caindo em diferentes períodos do ano, ao longo de um ciclo de 33 anos. Esse período dura 29 a 30 dias e o tempo médio de jejum dura em média 12 a 14 horas, mas pode se estender até a 18-22 horas dependendo da latitude. Durante o jejum do Ramadã, a abstenção do tabaco e caféina é recomendada como parte dessa crença cultural.

Existem inúmeros estudos sobre os efeitos fisiológicos do Ramadã, e a maioria deles descreve um efeito positivo na composição corporal e metabolismo, mas há resultados que não mostram esses benefícios, tendo em vista a diversidade alimentar entre os fiéis de várias partes do mundo.

Uma metanálise, incluindo 35 estudos, encontrou uma tendência para perda de peso de 1,2 kg durante o período de jejum, seguido de um aumento significativo após o período de realimentação 0,72 kg.<sup>19</sup>

Em geral, a maioria dos estudos indica que os possíveis benefícios obtidos durante o jejum do Ramadã podem ser afetados por ingestão calórica, manutenção do IMC, hábitos culturais e país de residência. Os efeitos positivos estão documentados somente durante o período de jejum do Ramadã existindo poucos estudos que avaliem a manutenção desses efeitos a longo prazo.<sup>20-22</sup>

## JEJUM DO JUDAÍSMO

O jejum do judaísmo, o *Yom Kipur*, ocorre no décimo dia do sétimo mês do calendário hebraico, depois de Rosh Hashaná, o novo ano judeu, com restrição total de comida e de bebida (até água). Crianças menores de 13 anos são isentos e, conforme a lei judaica, qualquer pessoa cuja vida possa ser comprometida durante o jejum, isto é, mulheres no parto, diabéticos etc. O jejum dura 25 h, começando antes do pôr-do-sol no dia anterior do *Yom Kipur*, terminando depois do anoitecer no dia seguinte.

No Judaísmo ortodoxo, abstenções de confortos físicos e luxos são considerados propícios à elevação espiritual. No *Yom Kipur* não pode trabalhar, dirigir, cozinhar, fazer compras etc.

Do ponto de vista nutricional, esse jejum é muito curto para causar alterações metabólicas com impactos significativos na saúde. O jejum judaico do *Yom Kipur* é diferente de outras práticas de jejum porque há uma abstenção completa de comida e água por 25 horas. Seu potencial imediato efeitos colaterais são dor de cabeça, desidratação e hipoglicemia; devido à sua curta duração, é improvável um impacto a longo prazo na saúde.<sup>23</sup>

A falta de consumo de água pode causar problemas fisiológicos estresse e metabolismo lento, dependendo da região, ou seja, em países quentes e secos como Israel. Outros efeitos podem incluir risco de hipotermia, dor de cabeça por abstinência em consumidores habituais de cafeína e náuseas.

## JEJUM DE DANIEL

Esse jejum, praticado por alguns cristãos, deriva da Bíblia Sagrada em que o profeta Daniel resolveu não contaminar-se e consumir apenas vegetais e água, inicialmente por 10 dias inicialmente e depois por 21 dias.

O jejum de Daniel moderno envolve a ingestão *ad libitum* de frutas, vegetais, grãos, nozes e óleo sendo praticado em qualquer época do ano durante 21 dias. É considerado mais rigoroso do que outras dietas vegetarianas, pois impõe proibições de farinha branca, conservantes, aditivos, adoçantes, aromas, cafeína e álcool.

O jejum de Daniel se assemelha a uma dieta vegana. Efeitos benéficos incluem redução na ingestão total de calorias, proteínas e gorduras animais, com perfil lipídico, glicêmico e oxidativo favoráveis.

Estudos sobre seu impacto nas doenças metabólicas e cardiovasculares mostraram redução significativa do colesterol, LDL-C e pressão arterial, associados a uma melhora significativa na homeostase da glicose, caracterizada por níveis baixos da glicemia, da insulina em jejum, do HOMA-IR e da proteína C reativa.<sup>24,25</sup>

## JEJUM DAS RELIGIÕES ORIENTAIS

Os padrões de jejum budista consistem em uma dieta vegetariana típica, excluindo carne e laticínios, que é praticado durante todo o ano. O tipo de alimento varia entre diferentes países e culturas (por exemplo, budistas chineses geralmente consomem leite, enquanto os de *Taiwan* consomem produtos à base de soja). É proibido o consumo de vegetais picantes como alho, cebola, cebolinha e alho-poró, além do consumo de álcool.

Há falta de literatura sobre o impacto desse tipo de jejum nas populações.<sup>26,27</sup>

## JEJUM DA IGREJA CATÓLICA APOSTÓLICA ROMANA

A Igreja Católica Apostólica Romana tem suas recomendações para jejum e abstinência na quarta feira de cinzas e na Sexta Feira Santa, onde os fiéis devem fazer uma única refeição durante o dia, mas não proíbe um pouco de comida de manhã e à noite. Proíbe o consumo de carne, bem como de alimentos e bebidas que, segundo um julgamento prudente, devem ser considerados como particularmente procurados e caros.

Em todas as sextas feiras do ano, a menos que caiam em uma solenidade, deve-se observar a abstinência de carne vermelha.

Essas recomendações não são aplicadas a menores de 14 e maiores de 60 anos e em pessoas com problemas de saúde.

Não existem dados na literatura médica a respeito dos efeitos desse comportamento alimentar sobre a saúde.<sup>27</sup>

## COMO O JEJUM RELIGIOSO PODE SER BENEFÍCIO A SAÚDE?

Durante um período de jejum prolongado com disponibilidade limitada de carboidratos, é necessária uma mudança na fonte de energia, que induz alterações metabólicas como aumento da gliconeogênese e aumento da oxidação de ácidos graxos, resultando em aumento da produção de corpos cetônicos.

Evidências interessantes sugerem que a quebra de proteínas induzida pelo jejum não é aleatória, mas sim um processo organizado através de uma complexa rede molecular que inclui interação AMPK, SIRT1, FOXO e mTOR, levando a modulação da autofagia, focada na destruição de proteínas desnecessárias e potencialmente perigosas, como células e auto anticorpos. Essas mudanças metabólicas podem ser obtidas em diferentes níveis com várias modalidades alimentares como restrição calórica diária, jejum em dias

alternados, jejum intermitente e a alimentação limitada a um período do dia, observando as variações do ritmo circadiano tanto cerebral como hepático.

Não há evidências robustas que mostrem que os jejunos religiosos sejam benéficos a saúde, pequenos estudos mostram redução de 20 a 40% das necessidades calóricas diárias, sem alterar o conteúdo ou a fonte de micro / macronutrientes, sendo associados à melhoria no perfil metabólico, desempenho cardíaco e retardar o aparecimento de doenças auto imunes e degenerativas, promovendo aumento da longevidade.<sup>27-32</sup> Porém há diversas perguntas que ainda devem ser respondidas, como por exemplo: o jejum é para qualquer pessoa? E se houver patologias envolvidas? Há prejuízos a saúde a longo prazo?

Diante do exposto, os jejunos religiosos, não se mostram efetivamente estudados deixando sem respostas as perguntas anteriormente mencionadas. Deste modo se faz necessário ainda mais estudos para compreender a relação entre as práticas de jejum religiosas e benefícios a saúde do indivíduo.

## CONFLITOS DE INTERESSE

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

## REFERÊNCIAS

1. Koenig H, Koenig HG, King D, Carson VB. Handbook of religion and health: Oup Usa; 2012.
2. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Pers Soc Psychol.* 1967;5(4):432-43.
3. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Adv Mind Body Med.* 2015;29(3):19-26.
4. Koenig HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(5):349-55.
5. Koenig HG. Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet: Templeton Foundation Press; 2008.
6. Lee BY, Newberg AB. Religion and health: A review and critical analysis. *Zygon®.* 2005;40(2):443-68.
7. Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *J Relig Health.* 2020;59(2):1035-54.
8. Gillum RF. Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Prev Med.* 2005;41(2):607-13.
9. Gillum RF. Frequency of attendance at religious services and leisure-time physical activity in American women and men: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Annals of Behavioral Medicine.* 2006;31(1):30-5.
10. Gillum RF. Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Preventive Medicine.* 2005;41(2):607-13.
11. Gillum RF, Ingram DD. Frequency of attendance at religious services, hypertension, and blood pressure: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med.* 2006;68(3):382-5.
12. Lasater TM, DePuie J, Wells BL, Gans KM, Bellis J, Carleton RA. The effectiveness and feasibility of delivering nutrition education programs through religious organizations. *Health Promotion International.* 1990;5(4):253-8.
13. Obisesan T, Livingston I, Trulear HD, Gillum F. Frequency of attendance at religious services, cardiovascular disease, metabolic risk factors and dietary intake in Americans: an age-stratified exploratory analysis. *Int J Psychiatry Med.* 2006;36(4):435-48.
14. Chappiti U, Jean-Marie S, Chan W. Cultural and religious influences on adult nutrition in the UK. *Nursing Standard (through 2013).* 2000;14(29):47.
15. Butler TL, Fraser GE, Beeson WL, Knutsen SF, Herring RP, Chan J, et al. Cohort profile: the Adventist health study-2 (AHS-2). *Int J Epidemiol.* 2008;37(2):260-5.
16. Tan MM, Chan CK, Reidpath DD. Religiosity, dietary habit, intake of fruit and vegetable, and vegetarian status among Seventh-Day Adventists in West Malaysia. *J Behav Med.* 2016;39(4):675-86.
17. Koufakis T, Karras SN, Antonopoulou V, Angeloudi E, Zebekakis P, Kotsa K. Effects of Orthodox religious fasting on human health: a systematic review. *Eur J Nutr.* 2017;56(8):2439-55.
18. Koufakis T, Karras SN, Zebekakis P, Kotsa K. Orthodox religious fasting as a medical nutrition therapy for dyslipidemia: where do we stand and how far can we go? *Eur J Clin Nutr.* 2018;72(4):474-9.

19. Sadeghirad B, Motaghipisheh S, Kolehdooz F, Zahedi MJ, Haghdoost AA. Islamic fasting and weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.* 2014;17(2):396-406.
20. Hallak MH, Nomani MZA. Body weight loss and changes in blood lipid levels in normal men on hypocaloric diets during Ramadan fasting. *Am J Clin Nutr.* 1988;48(5):1197-210.
21. Ramadan J. Does fasting during Ramadan alter body composition, blood constituents and physical performance? *Med Princ Pract.* 2002;11(Suppl. 2):41-6.
22. **Jawad F, Kalra S. Ramadan and diabetes: Holistic trial design. *J Pak Med Assoc.* 2016;66(7):791-2.**
23. Gesundheit B. Medicine and Judaism--a patient is forbidden to endanger his life in order to fast on Yom Kippur. *Harefuah.* 2009;148(9):583.
24. Berghuis KD. Christian fasting: A theological approach. 2003.
25. Dugan KM. Fasting for life: The place of fasting in the Christian tradition. *J Am Academy Relig.* 1995;63(3):539-48.
26. Jackson R. A Fasting Ritual. *Religions of Tibet in Practice: Abridged Edition.* 2007:199.
27. **Venegas-Borsellino C, Martindale RG. From religion to secularism: the benefits of fasting. *Current Nutrition Reports.* 2018;7(3):131-8.**
28. Yasin WM, Khattak MMAK, Mamat NM, Bakar WAMA. Does religious fasting affect cognitive performance? *Nutrition & Food Science.* 2013.
29. Trepanowski JF, Bloomer RJ. The impact of religious fasting on human health. *Nutrition J.* 2010;9(1):57.
30. **Mattson MP, Longo VD, Harvie M. Impact of intermittent fasting on health and disease processes. *Ageing Res Rev.* 2017;39:46-58.**
31. **Patterson RE, Sears DD. Metabolic effects of intermittent fasting. *Annu Rev Nutr.* 2017;37.**
32. **Abolaban H, Al-Moujahed A. Muslim patients in Ramadan: A review for primary care physicians. *Avicenna J Med.* 2017;7(3):81-7.**

## RESILIÊNCIA, CARDIOLOGIA, ODONTOLOGIA INTERDISCIPLINAR E SOCIAL

*RESILIENCE, CARDIOLOGY, AND INTERDISCIPLINARY AND SOCIAL DENTISTRY*



Clique para acessar  
o Podcast

Celia Regina Lulo Galitesi<sup>1,2</sup>  
Lília Timerman<sup>3,4</sup>

1. Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Antroposóficos - IDEIA. São Paulo, SP, Brasil.
2. Diretora Científica da Clínica Odontologia. São Paulo, SP, Brasil.
3. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo, SP, Brasil.
4. Diretora Científica da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Celia Regina Lulo Galitesi. R. Lydia Simoes Cabral, 39. Moema, SP, Brasil. Email: [icdeia@uol.com.br](mailto:icdeia@uol.com.br) | [www.celialulo.com](http://www.celialulo.com)

### RESUMO

Fatores psicossociais e aspectos comportamentais dos pacientes com doenças cardiovasculares e/ou orais interferem na maior ou menor motivação à adesão e ao cumprimento das recomendações médicas e odontológicas para cuidados essenciais de saúde, tais como tomar os devidos medicamentos, manter o autocultivo diário dos bons hábitos, cumprir atividades salutogênicas orientadas que reverberem bem-estar e saúde, desde simples ações como tomar um pouco de sol diariamente até ações mais elaboradas como incluir disciplina e, por exemplo, mais dedicação aos ritmos diários, atividades físicas e maior atenção ao autocuidado e ao padrão comportamental. Nessa perspectiva, a saúde do indivíduo inclui sua capacidade de ação e de adaptação resiliente em resposta aos estímulos que recebe do meio em que vive e se relaciona. Consideramos a vida em sociedade, as trocas afetivas, culturais e atividades em grupo importantes pilares para promoção de saúde porque geram movimento e estímulo a mudanças comportamentais. A relação multiprofissional entre cardiologista e equipe interdisciplinar antroposófica é um essencial aporte tanto dentro de distintas áreas da saúde e afins, como dentro da mesma profissão no caso entre a odontologia hospitalar e a odontologia antroposófica. O bom trabalho técnico-profissional com equipe interdisciplinar, usando linguagens apropriadas sob visão sistêmica, busca promover um vínculo profissional para considerar a totalidade do ser humano que existe por detrás daquele paciente que vem em busca de cura; a quem, todavia, deve-se perguntar se existe real e sincero propósito de se curar. Os fatores que mantêm as pessoas com maior gestão sobre seu bem-estar geram, em grande escala, reflexo positivo ao coletivo. Não existe saúde social sem saúde individual.

**Descritores:** Resiliência; Odontologia Hospitalar; Antroposofia; Cardiologia.

### ABSTRACT

*Psychosocial factors and behavioral aspects of patients with cardiovascular and/or oral diseases interfere with greater or lesser motivation to adhere to and comply with medical and dental recommendations for essential healthcare, such as taking appropriate medications, maintaining daily self-cultivation of good habits, carrying out targeted salutogenic activities for the well-being and health. From this perspective, individual health includes capacity for action and resilient adaptation in response to the stimuli received from the environment where one lives and interacts. We consider life in society, cultural and emotional exchanges and group activities to be important pillars for the promotion of health because they generate actions towards behavioral changes. Good technical-professional work with an interdisciplinary team, using appropriate languages from a systemic perspective seeks to promote a professional bond to consider the totality of the human being that exists behind that patient who comes in search of a cure; whom must be asked: Is there a real and sincere purpose of healing? The factors that keep people's awareness of their well-being generate, on a large scale, a positive impact on others. There is no social health without individual health.*

**Keywords:** Resilience; Hospital Dentistry; Anthroposophy; Cardiology.



## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a denominação “Cardiologia comportamental” tem sido utilizada para definir uma nova fronteira de atuação da Cardiologia e atualmente engloba a relação entre a saúde mental e cardiovascular, a influência de fatores psicossociais sobre a incidência das doenças cardiovasculares, e finalmente aspectos comportamentais dos pacientes, que determinam maior ou menor adesão às recomendações médicas. Diversas teorias comportamentais se completam e procuram explorar os diferentes domínios que regem o comportamento de um paciente ante um fator de risco ou mesmo uma doença.<sup>1,2</sup>

Os médicos e os profissionais da saúde de modo interdisciplinar devem procurar calibrar a percepção de risco dos pacientes e, nesse sentido, a educação e a informação em saúde são fundamentais.<sup>3</sup>

O conhecimento da relação entre as doenças bucais e os sistêmicos é muito antigo. Até a metade do século passado, milhares de pessoas em todo o mundo tinham seus dentes extraídos como forma de profilaxia da chamada doença focal. Ainda que o recurso fosse extremamente radical, o fato é que se reconhecia uma associação entre doenças bucais e sistêmicos. Médicos e Cirurgiões-Dentistas tinham a sua formação e prática dissociadas e independentes, esta fragmentação resultou na compreensão do processo saúde-doença, criando o conceito de “saúde bucal” e “saúde sistêmica”.<sup>4</sup>

Nas últimas décadas, essa situação vem modificando-se desde o pioneirismo de Mattila<sup>5</sup> até os ensaios clínicos randomizados que estão se desenvolvendo, principalmente a periodontia, voltou-se para examinar a possibilidade de que focos de origem bucal pudessem ter associação com problemas sistêmicos, tais como cardiovasculares, metabólicos, respiratórios, prematuridades e baixo peso ao nascer, doença reumática, entre outros. Essas possíveis associações deram-se no plano epidemiológico, na busca por plausibilidade biológica, assim surgiu a Medicina Periodontal.<sup>6</sup>

O interesse pelas infecções bucais, principalmente pelas infecções do periodonto decorre do fato de que esses processos inflamatórios crônicos representam uma carga imunológica e infecciosa crônica.<sup>7,8</sup> As infecções crônicas representam um risco permanente de bacteremias tanto quanto um local de produção de substâncias pró-inflamatórias que podem atuar localmente ou à distância em outros órgãos e sistemas. Ainda que não se tenha uma compreensão exata da importância de cada um desses mecanismos ou mesmo de outros que venham a ser propostos, é inegável que a boca e particularmente o periodonto servem como um modelo para tais infecções.<sup>9</sup>

“As formações universitárias, de um modo geral, vêm nutrindo o paradigma das especializações, diminuindo a interface entre as especialidades. O ensino “fragmentado” aprofunda a análise no estudo das partes. Com isso, os profissionais recém-formados adotam uma atuação clínica muito focada na “parte”, onde prepondera a especificidade em detrimento da visão global da boca e do paciente como uma totalidade – com seus aspectos vitais, emocionais, individuais. Todavia, cresce cada dia a demanda de pacientes que procuram por tratamentos interdisciplinares, onde sejam reconhecidos como indivíduos, considerando seu Eu, sua

constituição integral, cujo tratamento específico passa a ser uma terapia que promove um maior equilíbrio, que pela saúde bucal favoreça sua saúde como um todo”.<sup>10</sup>

As áreas integrativas têm essa premissa interdisciplinar, como no caso da Odontologia Antroposófica, que valoriza a relação com a natureza, a vida psíquica e a individualidade do paciente durante a anamnese odontológica, incluindo dados biográficos, assim emerge para uma visão ampliada sobre o ser humano, auxiliando desde o diagnóstico até aos cuidados. Diagnóstica, previne, trata patologias bucais e mantém a saúde geral, por meio de uma abordagem multiprofissional com médicos, psicológicos, pedagogos, dentre outros e utilizando visão sistêmica sob os conceitos antroposóficos dá incentivo à salutogênese, onde o foco terapêutico é o indivíduo, não a doença. A terapêutica integra medicamentos naturais registrados pela Anvisa, dos reinos (mineral, vegetal, animal) em formas diversas, como os antroposóficos, dinamizados ou fitoterápicos, somado a isso uma atuação conjunta com diversas áreas da antroposofia para prestar uma assistência também com recursos não medicamentosos que visam dar apoio ao cuidado bucal e a harmonização do ser humano. Prescrevendo habilmente medicamentos naturais, como os dinamizados, fitoterápicos ou antroposóficos, aliamos-nos à força da natureza e obtemos menos efeitos adversos, o quê em grande escala contribui para a saúde integral e para a coletividade.<sup>10</sup>

Atualmente já se empregam variáveis qualitativas além das quantitativas nas pesquisas, sem contudo lograr a amplitude e a profundidade necessária para se contextualizar o ser humano em sua constituição integral, simultaneamente à investigação dos fatores sócio culturais que influenciam os comportamentais, o que de fato nos remete à etiologia das dores, dos sofrimentos, das doenças bucais.<sup>11</sup>

Esse avanço pode ser entendido como expressão de um movimento que se identifica com novos modos de aprender e praticar a saúde, uma vez que as práticas integrativas cultivam a visão sistêmica, a interdisciplinaridade, linguagens apropriadas, que completam a visão de saúde fragmentada no tratamento do paciente em especialidades, que não dão conta da totalidade do ser humano em busca de remédio para seus males.<sup>12</sup>

Sozinhos, somos incapazes de alcançar grandes avanços; o processo deve ser transdisciplinar, interdisciplinar, para contribuir dentro de uma perspectiva integrativa entre profissionais com um tratamento mais global do paciente, para desenvolver e estimular saúde por meio da educação, com orientações e linhas pedagógicas que ensinam e ao mesmo tempo não sobrecarregam o sistema cognitivo preservando assim a vitalidade, da arte como coadjuvante de um tratamento dentário, como auxiliar por exemplo da edificação precisa de um diagnóstico, e do próprio trabalho clínico.<sup>13</sup>

Segundo Svante Twetman, somos mais do que profissionais dentistas, somos profissionais de saúde. E como tal temos que saber atuar de modo integrado com as áreas de saúde, em especial com a cardiologia.<sup>14</sup>

Um exemplo que demonstra como a atuação interdisciplinar médico - dentista é essencial para estabelecer critérios de segurança e decidir o melhor momento para a atuação cirúrgica foi o caso desafiador de estabelecer plano de tratamento e conduta diante de infecção odontogênica em indivíduo

cardiopata grave polimedicado ASA IV (American Society of Anesthesiologists (ASA), paciente com doença sistêmica severa que é uma constante ameaça à vida). Com histórico de doença renal crônica sob hemodiálise, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, anemia, insuficiência coronariana, *flutter* atrial, aterosclerose e pé diabético (uma das complicações mais comuns do diabetes *mellitus*, podendo ocasionar infecções ou problemas na circulação dos membros inferiores provocando o surgimento de úlceras). Para o procedimento sob anestesia geral, foi instituída a terapia de ponte prévia, utilização de medidas hemostáticas locais e antibioticoterapia pré e pós-operatória. A intervenção cirúrgica deve visar à segurança do paciente, levando em consideração os riscos e benefícios do procedimento e o preparo do profissional frente a possíveis acidentes e complicações, haja vista o risco de mortalidade perioperatória.<sup>15</sup>

“O dentista desempenha um papel fundamental, porque nossa profissão tem uma oportunidade singular de ver pacientes mais regularmente, do que acontece na medicina, recurso que facilita rastrear e acompanhar os pacientes, com um diagnóstico inicial de várias condições de saúde. Na Universidade de Odontologia da Dinamarca, Svante Twetman, cita que os dentistas, desde estudantes são orientados a verificar a pressão arterial e quando a hipertensão é detectada, o que é algo muito comum e frequente, encaminham então o paciente para o cardiologista”.<sup>14</sup>

“Várias condições são fatores de risco de doenças em comum para ambas as áreas, como diabetes, síndrome metabólica, hipertensão arterial, artrite, endocardite infecciosa que estão envolvidos como fator de risco comum para doença periodontal e focos de infecção bucal, onde o profissional de odontologia é essencial no diagnóstico e para tratar e orientar o que for de sua abrangência e encaminhar o paciente ao cardiologista ou ao profissional médico apropriado. Na Escandinávia, os dentistas são vistos como profissionais em excelente posição para ajudar os pacientes a parar de fumar, devido acesso ao âmbito bucal e por ver os pacientes com mais regularidade, do que os médicos. A osteoporose, por exemplo, pode ser detectada por radiografias orais; o profissional da odontologia com todo esse conhecimento é apto para interagir e integrar saberes com a medicina.”<sup>14</sup>

“Falar em humanização e integralidade no cuidado em saúde, e refletir sobre a incorporação destes princípios ao campo da avaliação implica incluir a qualidade a partir de uma aceção polissêmica. Portanto, a avaliação qualitativa é aquela que, sem prejuízo da inserção de outras dimensões, necessariamente inclui na produção das práticas, demandas subjetivas, valores, sentimentos e anseios, entendendo as percepções não como subjetividades descontextualizadas, mas como sinalização de experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com determinadas práticas em saúde. A interface entre os dois planos – o subjetivo e a materialidade a que se relaciona – constituem um eixo norteador para processos que consideram aspectos formais da qualidade e desempenham papel decisivo na atenção e cuidado em saúde”.<sup>16</sup>

“Na perspectiva das medicinas orientais, a doença é decorrente de um desequilíbrio em que interagem forças naturais (materiais) e cosmológicas (imateriais). Esse desequilíbrio é visto como uma ruptura de harmonia biológica,

social e cósmica, que inclui o ser humano ao mesmo tempo, enquanto expressão e participante.

“A partir desse prisma, absurdo seria não considerar a harmonia e a relação entre os elementos do micro e do macrocosmos, onde há intenção de tratar as doenças, por meio do aprendizado do modo de viver a vida...o homem adoece ou é propenso a adoecer por sua inabilidade em viver e desfrutar a vida em conexão, nesse intercâmbio com o Universo. Essa falta de conexão e interação com o meio o faz enfermar, é o que hoje em dia se chama entorno: a relação com o universo, a relação comigo mesmo, a relação com os demais”.<sup>17</sup>

Nessa perspectiva, a saúde passa a ser produto do comportamento do indivíduo em resposta aos estímulos do(s) meio(s) no(s) qual(ais) se insere e movimenta, pelo que a educação em saúde é de abordagem preventiva, individual e adaptativa, não se pretendendo a implicação do indivíduo na modificação desse(s) meio(s), mas antes a sua adaptação a ele(s).<sup>18</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define: “saúde é não só ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”.<sup>16</sup> Considerar as perspectivas ecológicas e cosmológicas do ser humano e da natureza é essencial por um simples motivo: a vida do ser humano e a vida da Terra são integradas, intrínsecas, inseparáveis e interdependentes, isso por sua vez remete a uma visão sistêmica que considera e correlaciona o corpo físico material como uma integralidade.<sup>19</sup>

Afeto positivo, autoeficácia, otimismo, apoio social, autoestima, satisfação com a vida e variáveis sociodemográficas foram examinados em pesquisas sobre resiliência, relacionadas a forças emocionais, interpessoais, intelectuais, de restrição e teológicas. Todos os fatores de força, exceto forças teológicas, produziram correlações positivas significativas com a resiliência.<sup>20</sup>

“Consideramos a vida em sociedade, as trocas afetivas e culturais entre as pessoas, atividades de grupo, importantes pilares para promoção de saúde, auto consciência em relação a bons hábitos e disciplina que geram motivação e mudança comportamental, validadas por várias práticas integrativas... A relação interprofissional entre Cardiologista e Cirurgião-Dentista é um essencial aporte, tal qual a relação interdisciplinar dentro de uma mesma profissão, como no caso entre a odontologia hospitalar e a odontologia antropológica”.<sup>19</sup> onde por exemplo por meio de uma anamnese ampliada pela odontologia antropológica ensinam determinadas técnicas de acolhimento para o paciente odontológico e favorecem o tratamento preconizado pela área da odontologia hospitalar, mesmo em ambiente hospitalar, ou ainda o apoio de aplicações de terapias externas ou internas com medicamentos naturais validados pela ANVISA podem ser úteis. Assim como o trabalho da odontologia hospitalar é essencial ao paciente que esteja internado, são indispensáveis ao conforto e bem estar do paciente que mesmo bem acolhido e com possíveis apoios de condutas integrativas, ainda assim necessitam do emprego de técnicas próprias e específicas dos profissionais da odontologia hospitalar.

Os fatores que mantêm as pessoas com maior gestão sobre seu bem estar, geram em grande escala reflexo coletivo. Não existe saúde social sem saúde individual. Há fatores em

comum entre o Estado e o indivíduo, onde a participação do Governo é fundamental para estratégias de qualidade de vida do indivíduo. Isso alude a condutas mais sustentáveis economicamente e benéficas à economia do País".<sup>18</sup>

"O que motiva as pessoas envolvidas em um projeto é, antes de tudo, o impulso de participar ativamente de um processo que é capaz de mostrar a elas que são possíveis outras formas de aprender a cuidar da saúde e praticar a si e aos outros".<sup>12</sup>

"Compreender as habilidades que como ser humano temos para refazer a própria vida, seja no campo pessoal ou profissional, depois de sofrer algum tipo de dano físico, intelectual ou espiritual, é um processo de resiliência, fenômeno complexo e fascinante, haja vista a possibilidade de compreender os diferentes aspectos da pessoa e sua interrelação com os fatores culturais e socioeconômicos para superação de crises e adversidades individuais, ou de grupos transformando momentos traumáticos e situações desafiadoras em oportunidades de crescimento".<sup>19,21</sup>

Um aspecto natural, em determinadas pessoas, com potencial para desenvolver-se de maneira significativa frente a situações desafiadora no cotidiano. Estudos confirmam que resiliência é a capacidade de resistir e resolver situações de crise, cuja habilidade pode ser adquirida e incentivada.<sup>22</sup>

"Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia hegemônica da sua determinação genética e biológica".<sup>23</sup>

"Ao estudar o DNA (ácido desoxirribonucleico), que expressa o genótipo, nota-se que os caracteres, dependem também de uma coordenação sistêmica em que o DNA sofre restrição, devido a mecanismos moleculares envolvidos na interação entre fatores ambientais e a expressão da informação contida no DNA. De acordo com as constantes alterações das condições ambientais ocorrem ajustes rápidos por estes mecanismos, assim, genes são expressos ou silenciados, facilitando uma resposta adaptativa a um ambiente hostil ou favorável em constante mudança. Estas adaptações podem conduzir a estados de saúde ou doença. Doenças complexas, incluindo distúrbios psiquiátricos, metabólicos e cardiovasculares, que estão relacionadas à herança epigenética de respostas mal-adaptadas ao stress ambiental".<sup>24</sup>

"Os processos epigenéticos por regulação modulam a expressão gênica, modificando como a informação contida no DNA é traduzida em proteínas (que são as moléculas efetoras) sem alterar a sequência de DNA. Mecanismos epigenéticos interferem na leitura da molécula de DNA sem alterar sua sequência: metilação do DNA, modificação de histonas, expressão de microRNAs, silenciamento gênico. Mecanismos epigenéticos representam importante interface entre ambiente e genoma. Cabe a todos nós como família, sociedade e poder público proporcionar um ambiente saudável e criar oportunidades às nossas crianças, para que elas possam desenvolver de forma integral suas potencialidades".<sup>25</sup>

Auto-cuidado valoriza respeitar ritmos, desde bebê os cuidados básicos principalmente em relação à nutrição, ao sono, ao brincar, as atividades laborais, que sejam de qualidade, e que sigam de encontro às nossas mais individuais necessidades, respeitando pausas para uma alternância com o lazer, gratidão e higiene mental incluindo cuidar dos pensamentos, com o que, podemos gerar em nós mesmos

neurotoxinas. Boas condutas salutogênicas, podem trabalhar como favorecedores epigenéticos. Manusear o mundo com liberdade quebrar paradigmas, a partir de seu "EU" atuar com recursos próprios, ter gestão sobre seu equilíbrio comportamental, resistência, sobretudo resiliência interagindo com o meio e adotar novos hábitos para melhorar a qualidade de vida.<sup>26</sup>

Uma pesquisa sobre ciência e bem-estar, feita nos EUA, no Center for Healthy Minds constatou que cuidados maternos pós-parto são uma condição ambiental que produz efeitos no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) participando da composição da vulnerabilidade ao estresse... efeitos fisiológicos no condicionamento sinalizam alternativas para intervenções baseadas na plasticidade do epigenoma.<sup>25</sup> No Brasil uma pesquisa feita pela Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas Antroposóficos • IDEIA, avaliando por meio de questionário validado (World Health Organization = WHOQOL-BREF int PORT) o grau de imunidade e disposição física/psíquica após o período de 60 dias de tratamento com uma medicação natural associada a terapia externa, demonstrando bom êxito, viabilidade e baixo custo.<sup>19</sup>

Segundo o paradigma da salutogênese, [do latim *salus* (saúde) e do grego *genesis* (origem) "origem da saúde"]. Termo inspirado em estudos do médico, pesquisador israelense e sociólogo Aaron Antonovsky, EUA 1923, autor de *Health, stress and coping* e pesquisas sobre resiliência de Thomas Young, físico e médico inglês 1862, os indivíduos concebem os impactos externos, o processam dentro de si através de seus mecanismos internos e geram sua devolutiva ao mundo. Consoante sua noção de ser parte de um TODO inserido num contexto geral maior em conexão com tudo o que existe, lida com seu senso de coerência (SOC – sense of coherence) a despeito de seus recursos gerais de resistência (GRRs – general resistance resources), o que de certo modo vem elucidar sobre o fato de que em meio a uma pandemia, por que algumas pessoas são assintomáticas enquanto outras até morrem expostas aos mesmos "agentes agressores".<sup>27</sup>

"A relação entre estilo de vida que nutrimos e o modo como em nós processamos os estímulos recebidos do meio, sendo de dentro para fora, terá ação preponderante sobre o bem estar e qualidade de vida, nisso o tipo de medicamento e a regularidade com que se cuida, faz grande diferença. Essa linha de tratamento contribui para a saúde bucal e para a qualidade de vida com orientações salutogênicas. O trabalho interdisciplinar entre o cirurgião-dentista e profissionais afins resulta num tratamento que dá apoio aos processos bucais, orgânicos e, ao mesmo tempo, orientações para alimentação e medicação mais naturais e individualizadas, pautado na salutogênese. Há também uma estreita interação entre odontologia antroposófica e a fonoaudiologia, especialmente com o método Padovan, uma linha da reorganização neurofuncional, que trabalha a dentição em interação com o âmbito muscular e neural".<sup>28</sup>

"Neste sentido ainda, a meditação, exercício respiratório e treino de empatia podem ser recursos auxiliares valiosos para o bem estar quando situações externas imutáveis ou doenças que não podem ser erradicadas, podem causar depressão, hipertensão arterial, rigidez muscular, ansiedade, angústia, medo, raiva, revolta e reflexos comportamentais deletérios. O stress e a ansiedade são fatores que, por sua

vez, enfraquecem o sistema imunológico e provocam um decorrer mais severo da doença após a infecção. A tensão interior, falta de sono e de exercícios aumentam o risco de infectar. Outro fator acrescentado é o medo de muitas pessoas pela sua subsistência econômica”.<sup>28</sup>

“O neurocientista Richard Davidson, PhD em neuropsicologia e pesquisador na área de neurociência afetiva, fez uma corajosa afirmação: “A base de um cérebro saudável é a bondade”, pautado nos resultados de suas pesquisas feitas com voluntários sobre meditação, empatia (capacidade de sentir o que sentem os demais) e sobre compaixão (ato de um estado superior), que apontam e constata o fato dos circuitos neurológicos acionarem esses sentimentos nas distintas zonas cerebrais correspondentes, afirmando que até bondade pode ser desenvolvida a partir de se treinar”.<sup>29</sup> Ele afirma que com treino tudo é passível de desenvolvimento.

“Médicos, Dentistas, Psicólogos, enfim profissionais de saúde em geral realizam os tratamentos e orientações a seus pacientes, mas sobretudo importa fazer o vínculo necessário para estimulá-los e incentivá-los ao auto-cuidado, de âmbito físico, psíquico e espiritual:

Reservar momentos para pausa e lazer, atividades necessárias onde o corpo e a alma sintam-se em expansão expressando-se para fora, cantando, dançando, realizando integração social, tomar um bom vinho em convívio com amigos, expor o corpo ao sol, respirar profundamente, buscar ar puro, praticar atividades físicas, viajar, pedalar bicicleta, tomar banho, seja chuveiro, piscina, mar ou cachoeira, um copo de água que seja, com o prazer e a sensação da água... hidratar-se.

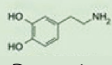
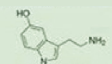
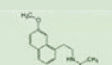
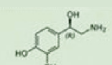
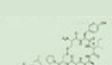
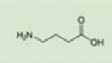
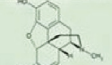
A alternância de ritmos, igualmente importante aos momentos para recolhimento, atividades culturais, valorizar momentos familiares, eliminar medos, que ativam o *stress*, que nos cataboliza, desgasta do físico à memória, treinar foco, treinar empatia, meditação, oração, gratidão, higiene mental, humor e prazer em fazer o bem, isso vai das condutas mais físicas intervencionistas até as mais sutis, cuidar dos pensamentos que podemos gerar em nós mesmos”.<sup>19</sup> (Quadro 1)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um sistema imunológico fortalecido confere boa defesa ao organismo apresentando eficácia na regulação da temperatura, da pressão arterial e do equilíbrio dinâmico entre homeostase e heterostase, com boas taxas hormonais e adequada liberação das enzimas e neurotransmissores, dentre as demais e inúmeras capacidades auto-reparadoras.

Vale entender que esses e outros registros, são apenas indicadores do resultado entre interações de âmbito sutil com o âmbito físico material da complexa constituição do ser humano, que busca expressar-se pleno de sentido, em seus relacionamentos na vida, de modo que seu comportamento

**Quadro 1.** Hábitos e efeitos de alguns dos neurotransmissores na vida cotidiana.<sup>30</sup>

Neurotransmissor	Hábito	Efeito sobre a vida
 Dopamina	Expressar gratidão, recordar momentos agradáveis e fazer exercícios físicos	Reduz a ansiedade, melhora o ânimo e gera energia e motivação
 Serotonina	Comer alimentos ricos em triptofano (carne, peixe, ovos e leite, chocolate preto, abacaxi) e demonstrar otimismo	Regula o humor, melhora o ritmo cardíaco e facilita as tomadas de decisões
 Melatonina	Tomar sol ao longo do dia e dormir em ambiente completamente escuro	Melhora a qualidade do sono e atua na regeneração celular
 Noradrenalina	Receber massagem e fazer atividades físicas que exercitem o sistema cardiovascular	Reduz o estresse, mantém o corpo alerta e facilita os processos cognitivos de aprendizagem, criatividade e memória
 Oxitocina	Dançar, abraçar e receber presentes, fazer carinhos e toques corporais	Gera bons sentimentos como confiança, respeito e segurança. Gera também bem estar físico e emocional
 Gaba	Meditação e atividades físicas direcionadas e regulares e tomada de decisões rápidas	Diminui a ansiedade, aumenta o relaxamento e ajuda no ganho de massa muscular
 Endorfina	Atividade sexual, dar e receber carinho, sorrir, estar em contato com a natureza e comer chocolate	Reduz a depressão, gera a sensação de bem estar e felicidade

Fonte: The Upward Spiral: Using neuroscience to reverse the effects of depression.

com equilíbrio entre o seu pensar, seu sentir e seu agir no mundo, possa conduzir uma contribuição positiva ao social, para bem do todo.<sup>19</sup>

## CONFLITOS DE INTERESSE

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

## REFERÊNCIAS

- Katz M, Wajngarten M. *Cardiologia Comportamental: Uma Nova Fronteira de Atuação da Cardiologia*. Arq Bras Cardiol. 2015;4(1):3-4. [Internet]. [cited 2020 June 25] Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2015000100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000100002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20150002>
- Rozanski A. Behavioral cardiology: current advances and future directions. J Am Coll Cardiol. 2014;64(1):100-110. doi:10.1016/j.jacc.2014.03.047
- Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Costa FA, Pacheco ST, Neves SF, Lyra-Jr DP. Otimização da adesão terapêutica pós-alta hospitalar de pacientes com DCV: ensaio clínico randomizado - estudo piloto. Arq Bras Cardiol. 2014;103(5):502-12.
- Vieira TR, Péret AC, Péret Filho LAP. Alterações periodontais



- associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr*. 2010; 28 (2):237-43.
5. Mattila KJ, Nieminen MS, Valtonen VV, Rasi VP, Kesäniemi YA, Syrjälä SL, et al. Association between dental health and acute myocardial infarction. *BMJ*. 1989; 298 (6676): 779-81
  6. Bartold PM, Mariotti A. **The Future of Periodontal-Systemic Associations: Raising the Standards.** *Curr Oral Health Rep*. 2017; 4(3): 258-62.
  7. Ramos MMB, Mendonça MR, Pellizzer EP, Okamoto AC, Jardim Junior, EG. Association between periodontal disease and chronic systemic disease - literature review. *Arch Health Invest*. 2013; 2(1): 24-31.
  8. Peter KP, Mute BR, Doiphode SS, Bardapurkar SJ, Borkar MS, Raje DV. Association Between Periodontal Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Reality or Just a Dogma? *J.Periodontol*. 2013; 84 (12): 1717-1723.
  9. Borgeois D, Inquinbert C, Ottolenghi L, Carrouel F. **Periodontal Pathogens as Risk Factors of Cardiovascular Diseases, Diabetes, Rheumatoid Arthritis, Cancer, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease-Is There Cause for Consideration? Microorganisms.** 2019;7(10): 424.
  10. Galitesi CRL, Andrade FB, Borges AFS. Pain and disease according to integral anth dentistry. *Braz Oral Res*. 2012;26(spe1) :57-63. [Internet]. 20 [cited 2020 Apr9] Available from: <http://www.scielo.br/scielo>. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242012000700009>
  11. Deng G, Weber W, Sood A, Kemper KJ. Research on integrative healthcare: context and priorities. *Explore (NY)*. 2010;6(3):143-58.
  12. Telesi Júnior E. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos avançados.** 2016;30(86):99-112. [cit 12 fev 2018], em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00099.pdf> e [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf)
  13. Galitesi CRL. As mil e uma faces do dente. *Odontologia, Antroposofia e Evolução*. 2.ed. São Paulo: 116-7.
  14. Tomita NE, Marta SN, Silva DG. Oral health under an integrality perspective. *Braz Oral Res*. [Internet]. 2012;26 (spe1): 124-32. [cited 2020 May 15]; Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-83242012000700019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242012000700019&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S1806-83242012000700019>
  15. Santaella NG, Maciel AP, Quispe RA, Chicrala GM, Haendchen PFC, Santos PSS. **Desafios da abordagem interdisciplinar de indivíduo cardiopata grave com abscesso odontogênico agudo.** *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo – Supl* – 2019;29(1):104-6.
  16. Bosi MLM, Uchimura KY. Evaluation of quality or qualitative evaluation of health care? *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007; 41(1):150-3. [cited 20Jun.2020] Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32205>
  17. Corrol JLP. *Fundamentos da Medicina Tradicional Oriental*. São Paulo: Roca, 2006.
  18. Feio A, Oliveira CC. **Conceptual convergences and divergences in health Education.** Universidade do Minho. Centro de Estudos Humanísticos. Instituto de Educação. Braga, Portugal. 2015;24(2):703-15. <https://scielosp.org/pdf/sausoc/2015.v24n2/703-715/pt>.
  19. Galitesi CRL, Alves A, Apolinário AC, Menón AR, Figueiredo A, Teruko C, et al. **Considerações e orientações da Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas antroposóficos • IDEIA - para o dia a dia. E para a fase de transmissão pandêmica do Covid-19.** 2020. [http://odontologiaantroposofica.com.br/publicacoes/Guia\\_Ass\\_Bras\\_CDs%20IDEIA\\_Covid-Salutogenese.pdf](http://odontologiaantroposofica.com.br/publicacoes/Guia_Ass_Bras_CDs%20IDEIA_Covid-Salutogenese.pdf) [Internet] [cited 2020 Apr9]
  20. Martínez-Martí ML, Ruch W. **Character strengths predict resilience over and above positive affect, self-efficacy, optimism, social support, self-esteem, and life satisfaction, The Journal of Positive Psychology.** 2017;12(2): 110-9. DOI: 10.1080/17439760.2016.1163403
  21. Silva RHA. Evaluation of the management process in the implementation of innovative processes in the Medical School of Marília: aspects of teacher and student resilience. *Avaliação (Campinas)*. 2009;14(2): 471-85
  22. Tópor R, Santo JC, Hutz CS. **Psicologia Positiva e o Constructo da Resiliência: uma Revisão Bibliográfica.** [S.l.]. 2019. Disponível em <https://psicologado.com.br/abordagens/psicologia-positiva/e-o-constructo-da-resiliencia-uma-revisao-bibliografica>
  23. Silva PFA, Baptista TWF. **Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política.** 2015;39(Especial): 91-104. <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00091.pdf> e <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772009000200011>
  24. Zucchi FCR, Yao Y, Metz GA. (2012). The secret language of destiny: Stress imprinting and transgenerational origins of disease. *Front Genet*. 2012;3:96. doi:10.3389/fgene.2012.00096.
  25. Noro G, Gon MCC. **Epigenética, Cuidados Maternais e Vulnerabilidade ao Estresse: Conceitos Básicos e Aplicabilidade.** *Psicol Reflex Crít*. 2015; 28(4):829-39. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528422>.
  26. Galitesi CRL. *O Dente a imagem do Homem*. São Paulo: Antroposófica. 2011.
  27. Marasca E. *Saúde se Aprende, Educação é que Cura*. São Paulo: Antroposófica. 2011
  28. Galitesi CR. *Desarrollo Integral Del Ser Humano y Dentición. Influencias de la educación, pedagogía, médio.* IDEIA-CMA. 2015; 96-8.
  29. Davidson R, Harris D. **Treine seu cérebro: Richard Davidson e Dan Harris neurocientista e fundador do Center for Healthy Minds, ABC News, ciência e bem-estar.** 2018. <https://lojong.com.br/artigo/treine-seu-cerebro-richard-davidson-e-dan-harris>.
  30. Korb A. **The Upward Spiral Workbook: A Practical Neuroscience Program for Reversing the Course of Depression.** New Harbinger: Workbook. 2019.

# A ESPIRITUALIDADE COMO FATOR DE FORTALECIMENTO NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DO PAPEL DE CUIDADOR DOMICILIAR DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

## *SPIRITUALITY AS A STRENGTHENING FACTOR IN THE SOCIAL CONSTRUCTION OF THE ROLE OF CAREGIVERS OF PATIENTS IN PALLIATIVE HOME CARE*

### RESUMO

Letícia Andrade<sup>1</sup>

1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Divisão de Serviço Social Médico. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:  
Av. Angélica, 879, apto. 02.  
Santa Cecília, São Paulo, SP, Brasil.  
CEP: 01227-000  
laetitia.andrade@terra.com.br

O cuidado paliativo hoje no Brasil apresenta-se como objeto de discussão, normatização e organização de diferentes ações com o intuito de torná-lo cada vez mais efetivo. A assistência domiciliar na área da saúde, hoje, é uma alternativa de cuidados para diferentes populações e com objetivos diversos, assim como representa uma das estratégias da política de saúde brasileira que mais vem se desenvolvendo nos dias atuais. A junção dos cuidados paliativos e a assistência domiciliar é o foco central desse trabalho, tendo como objetivo entender como se efetiva tal prática e como o familiar organiza-se para assumir a referida atenção. A metodologia utilizada foi a História Oral, cujo enfoque é o sujeito e sua experiência, relatada para o pesquisador. Foram sete sujeitos entrevistados: filhos que cuidaram de seus pais, em estágio avançado de doença, cuidado estendido até o falecimento destes em suas respectivas residências. A experiência vivenciada foi relatada com o intuito de se entender como se dá o processo de construção do papel social de cuidador familiar e a desconstrução do mesmo mediante o falecimento do paciente, tendo a espiritualidade como fator de fortalecimento, a morte como pano de fundo e como demarcador da transição entre os processos.

**Descritores:** Cuidados Paliativos; Cuidadores; Espiritualidade.

### ABSTRACT

*Palliative care today in Brazil presents itself as an object of discussion, standardization and organization of different actions in order to make it increasingly effective. Home care in the health area today is an alternative approach to care for different populations and with different objectives, and represents one of the strategies of the Brazilian health policy that has been developing at the fastest pace nowadays. The combination of palliative care and home care is the central focus of this study, with the objective of understanding how this practice is carried out and how the family member gets organized to take on this task. The methodology used was Oral History, whose focus is on the individual and their experience, reported to the researcher. Seven subjects were interviewed: sons and daughters who took care of their parents, in an advanced stage of illness, until their death in their respective homes. The experience was reported in order to understand how the process of construction of the social role of family caregiver takes place and its deconstruction through the death of the patient, with spirituality as a strengthening factor, death as a background and as a game changer in the transition between the processes.*

**Keywords:** Palliative Care; Caregivers; Spirituality.

Se a assistência a um familiar por tempo determinado e com a certeza de cura já se constitui, em algumas situações, como tarefa árdua, o que dizer do cuidado cujo principal objetivo se centra no alívio da dor, controle dos sintomas e espera de uma morte digna para o familiar sujeito de cuidados?

Assumir na residência os cuidados de um familiar sem perspectiva de cura e em fase final da doença demanda

muito mais do que simples aceitação e boa vontade. Exige persistência no aprendizado e reconhecimento de que a morte faz parte da vida, de que as dores apresentadas pelo paciente podem ir além daquelas para as quais já existem drogas potentes, e as apresentadas pelo cuidador, estas raramente podem ser sanadas somente com a ajuda da equipe de assistência. Cuidados extremos, delicados e dedicados

são o esperado de quem realiza Cuidados Paliativos, seja ele profissional ou leigo. A Organização Mundial de Saúde (OMS),<sup>1</sup> em seu relatório datado de 2002, define Cuidados Paliativos como:

*(...) abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.*

Sendo assim, na tentativa de adequar ações pertinentes às demandas da população, vários serviços, em todo o mundo, já estão organizados nos diferentes níveis de atenção, buscando oferecer, de maneira integral e individualizada, os cuidados aos pacientes em fase final de doenças.<sup>2-5</sup>

No Brasil não é diferente: os ambulatórios<sup>6</sup> de cuidados paliativos, as enfermarias,<sup>7,8</sup> onde tais cuidados já são realizados sem o tabu anteriormente enfrentado, as parcas, mas inegáveis, iniciativas no que se relaciona à organização e manutenção de *hospices*<sup>9</sup> e casas de cuidados,<sup>9</sup> assim como os serviços de assistência domiciliar, que baseados no cuidado na própria residência do paciente, na atenção e presença constantes da família, bem como na constituição do domicílio como espaço possível de assistência e óbito,<sup>10</sup> trazem um novo olhar para situação tão peculiar de cuidados: os realizados ao final da vida.

A assistência domiciliar na área da saúde hoje se constitui em alternativa de cuidados para diferentes populações e com objetivos diversos, assim como representa uma das estratégias da política de saúde brasileira que mais vem se desenvolvendo nos dias atuais.<sup>11-13</sup>

Diversos são os objetivos: otimização dos leitos hospitalares, redução dos custos com períodos prolongados de internação, terapêuticas melhor direcionadas e mais específicas, busca por um tratamento mais humanizado para paciente e família, realização de cuidados paliativos e morte “digna”, ou a possibilidade de recuperação mais eficaz e menos traumática.

Diferentes são as populações alvo de tais cuidados: pacientes em recuperação, portadores de doenças crônicas e pacientes com prognósticos fechados, seja em fase intermediária ou final da doença. Assim como são diferentes as modalidades de atendimento:<sup>11-14</sup> visita, assistência ou internação domiciliar, diferindo de acordo com a população atendida, tipos de serviços prestados ou foco de atenção e proposta da instituição mantenedora.

Seja nos diferentes contextos, nos diferentes modelos ou na atenção a diferentes populações, o cuidador é figura central e imprescindível no atendimento, tanto por ser o elo entre equipes de assistência e paciente, quanto por ser o responsável pelos cuidados em domicílio do indivíduo doente.<sup>15-20</sup>

Vários estudos já apontam que “o cuidador se faz no cuidar”, ou seja, é na experiência de cuidados que alguém se constrói como cuidador. Não há um preparo ou intenção prévios, “escorrega-se para dentro da situação,”<sup>20</sup> por uma série de motivos velados que a experiência cotidiana desvela: impossibilidade ou desinteresse de outros familiares, desemprego deste que irá assumir o papel, proximidade emocional ou física (residem na mesma casa), obrigação, amor, culpa,

retribuição, gratidão. Na maioria das vezes, os motivos se inter-relacionam, se sobrepõem, se complementam e em algumas situações, não são tão claros no emaranhado de emoções e de obrigações daí gerados.

A literatura, fértil em algumas áreas – Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia –, aponta os fatores determinantes para assumir tal tarefa: grau de parentesco, gênero (predominam as mulheres), proximidade física e proximidade afetiva,<sup>20</sup> assim como os problemas resultantes: *stress*, sobrecarga, desgaste físico e emocional.<sup>16, 21, 22</sup>

Poucos são os estudos que indicam os resultados positivos do cuidar para quem exerce tal atividade: satisfação, retribuição, reciprocidade, estreitamento de relações, resgate de vínculos, sensação de “missão cumprida”, paz.

E, se o cuidador se faz no cuidar, é nesta tarefa que há, a nosso ver, a construção do papel social de cuidador.<sup>23-26</sup> Sendo assim, o papel de filho, filha, marido se transforma, dando origem ao filho/filha-cuidador ou marido/esposa-cuidador. Isto é: para atender às exigências da nova atividade, que é cuidar, há a necessidade do aprendizado, de adaptação de rotinas e de cuidados, de reavaliação de prioridades, responsabilidades e competências; há a necessidade de reavaliação constante de sentimentos, emoções, realizações e frustrações. Se o trabalho parece árduo, é no dia-a-dia que o cuidador se forja, é na experiência da realização das atividades ou na demonstração de incompetência para tal, que este vai encontrando seu caminho ou se perdendo nele.

E é na atividade diária de cuidados que o familiar constrói as relações que o metamorfosearão em cuidador. Nessa construção, há que se pensar que, se a literatura já aponta os fatores que determinam quem assumirá, dentro da família, o cuidado do indivíduo doente, ainda está por analisar o processo de construção deste papel, as relações envolvidas, a forma como as atividades são realizadas, os sentimentos daí gerados no decorrer dos cuidados e quando estes já não se fazem mais necessários. Se o termo cuidador familiar já nos traz uma série de predicados que uniformizam tal categoria, cabe entender agora o que os diferencia individualmente. Os motivos – os porquês de ser – de assumir tal tarefa já são conhecidos, mas o processo de cuidar – de ser cuidador – e o deixar de fazê-lo ainda são uma grande interrogação.

Se “somos” somente em relação com os demais, o processo de construção do papel de cuidador se dá, em um primeiro momento, na relação deste indivíduo com seu familiar doente, é frente à necessidade/dependência de um que o outro se transforma.

E é também na relação com a equipe de Saúde (neste caso o NADI: Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do HC-FMUSP) que o cuidado será viabilizado e que o cuidador obterá subsídios e treinamento adequados para a construção do seu novo papel. É claro que, se analisarmos o Sistema de Saúde Brasileiro de forma geral e crítica, perceberemos o quanto ainda é insuficiente o treinamento necessário aos cuidadores familiares, o quão ainda são precários os serviços domiciliares, mas não há como negar o que já é tendência mundial.

O envelhecimento populacional,<sup>16,27</sup> somado ao movimento de desospitalização<sup>28-30</sup> pelo qual passa a sociedade brasileira, pode, em linhas gerais, nos explicar a organização e proliferação dos programas de assistência domiciliar.

A assistência domiciliar a pacientes pertencentes a diferentes grupos, e requerendo também diferentes tipos de atenção, tende a se expandir no Brasil. Sendo assim, esta passa a ser utilizada como uma das estratégias da Política de Saúde visando à redução dos custos e do período de internação,<sup>28,30,31</sup> evitar, por meio do controle das intercorrências, a frequência aos pronto-socorros, por “descompensação” do quadro crônico,<sup>32</sup> à otimização dos leitos hospitalares, bem como a garantir um cuidado melhor direcionado, mais específico e humanizado para a população enferma.<sup>29,33</sup>

Para os pacientes em fase terminal da doença, tais cuidados, os denominados Cuidados Paliativos, estendem-se para a garantia de qualidade de vida nos últimos momentos, conforto possível, alívio e controle dos sintomas, morte digna<sup>4,34</sup> e cuidado aos familiares.<sup>10</sup> Os programas de assistência domiciliar para este grupo de pacientes ainda preconizam, sendo este um dos pontos mais polêmicos para quem trabalha na área, a ocorrência da morte no próprio domicílio.

O NADI: Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do HC-FMUSP, criado em abril de 1996, tem por objetivo atender pacientes do Hospital das Clínicas que, por conta do tipo de doença, da piora do quadro clínico ou da impossibilidade de comparecer ao hospital (dificuldades de deambulação e locomoção), necessitam, em domicílio, dar continuidade aos seus tratamentos.<sup>33,34</sup>

É evidente que a questão é ampla e muito há para ser dito a respeito. Neste estudo, vamos nos ater aos cuidados em domicílio de pacientes gravemente enfermos, e/ou em estágio avançado da doença e fora das possibilidades terapêuticas de cura, já que nosso foco é o exercício dos Cuidados Paliativos domiciliares e o processo de construção do papel do cuidador.

Este cuidado ao final da vida e a construção do respectivo papel, além de todas as variáveis envolvidas – o domicílio como local de cuidados, a família como facilitador ou dificultador do tratamento –, tem como contexto a morte do ser que está sendo cuidado. Isto é: neste caso específico, o cuidado não objetiva a cura ou recuperação do paciente, mas sim a manutenção da qualidade de vida nos momentos finais, a garantia de que, se a morte é inevitável e próxima, deve acontecer o mais dignamente possível.

É importante pensar que na construção do papel de cuidador o preparo físico, psicológico e emocional para a realização da atividade de cuidar se faz na urgência do cuidado, não há como esperar muito, não há porque adiar o processo. Já na desconstrução, o tempo e a liberdade parecem “sobrar”: não há porque se apressar, não há tarefas definidas, não há mais prazos e horários a serem cumpridos; o caminho a ser seguido se abre, quando, às vezes, não há vontade de percorrê-lo.

Já que a delimitação é inevitável, centramos nosso estudo no Cuidado Paliativo realizado em domicílio e no processo de construção e desconstrução do papel de cuidador de pacientes atendidos pelo Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI e que faleceram em suas próprias residências na vigência do atendimento domiciliar. Como são diversos os perfis de cuidadores, focalizaremos, pela prevalência, aqueles que cuidavam de seus respectivos pais. Para isso ouvimos os “sujeitos-cuidadores”, conhecemos suas histórias de cuidados, de atenção aos seus pais, do processo

de falecimento dos mesmos e do processo de desconstrução do papel do cuidador. E por isso, foi mediante a metodologia da História Oral, metodologia de cunho qualitativo, que estruturamos a análise, sendo esta escolha intencional, na certeza de que seriam as experiências vividas que nos embasariam na busca de respostas ou na formulação de outras perguntas. Seria o foco no sujeito, o reconhecimento de sua singularidade e a certeza da importância de sua experiência social,<sup>35</sup> que abriria a possibilidade de teorização do tema; a realidade dos sujeitos seria conhecida a partir dos significados por eles atribuídos.<sup>35-37</sup>

“Uma entrevista é uma troca entre dois sujeitos”, nos fala Portelli,<sup>38,39</sup> e assim foi; os sete sujeitos escolhidos relataram suas trajetórias de cuidados, os sentimentos envolvidos, o olhar sobre vida e morte. São sete mulheres, filhas, que cuidaram de seus pais até o falecimento em domicílio. Por serem idosos, os pacientes apresentavam várias comorbidades associadas: hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, demências, sendo somente uma portadora de doença oncológica.

As entrevistas foram colhidas nas residências das cuidadoras, que apontam como principal para a construção do papel de cuidador: o não preparo prévio para o enfrentamento da situação, a ausência/presença da família, as alterações no cotidiano: transformações do dia-a-dia – o cuidado ao familiar como valor central, as alterações na casa: adaptação dos “espaços” e a espiritualidade como fator de fortalecimento. Esse último recurso foi apontado por seis das sete entrevistadas como o que deu sustentação para o assumir e levar adiante o papel de cuidador, conforme analisaremos.

Para Twycross<sup>40</sup>, “a espiritualidade consiste na avaliação dos aspectos não materiais da vida e nas interiorizações de uma realidade duradoura”. Pode ser definida também por “uma relação madura e consciente com o transcendental. Não mais uma fé simplista, mas uma fé de opção decidida”<sup>41</sup> ou como o que traz significado e propósito à vida das pessoas.<sup>42,43</sup> Nas análises, difere-se espiritualidade de religiosidade que se define por uma tendência natural do ser humano para o transcendente, uma prática que pode ser estimulada por tradições, valores, apegos, ignorâncias, sem obrigatoriamente constituir-se em escolha consciente.

O apego a uma religião ou a crença em algo superior foi apontado pelas entrevistadas como imprescindível para levar adiante a proposta de cuidados e morte em domicílio. Apontam ainda a necessidade de se fortalecer e se confortar na religião da qual são seguidoras ou na crença de que se imbuíram na ocasião:

Cada vez que ele sofria, que ele entrava em agitação, eu orava, eu pedia a Deus que ele aliviasse o sofrimento dele, não pedia o desencarne, mas pedia o alívio daquilo que eu via... e era através da oração. (...)

Dona Irma, 62 anos, espírita, ensino superior incompleto, cuidadora do pai de 87 anos, Doença de Parkinson avançada, diabetes, hipertensão arterial, insuficiência arterial periférica.

A minha religião me ajudou... ah totalmente! E também as orações dos irmãos, do pastor, né?! O pastor vinha fazer a ceia pra ela... ela não sabia mais nada, mas...é dever dele. Não sei se ela não sabia, porque ela falava amém, não sei se ela entendia, se não entendia. Mas... nossa!!! Muito importante, você se sente fortalecida, né?!



Dona Iracy, 63 anos, católica, ensino fundamental incompleto, cuidadora da mãe de 80 anos, diagnóstico: hipertensão arterial, demência por Alzheimer provável.

[o que precisa para cuidar do outro] Amor, respeito, fidelidade e fé. Fidelidade pra não abandonar, porque senão, abandona; fé: é o que fortalece, que faz a gente ir pra frente e acreditar que existe um Deus, é isso o que faz você continuar.

Marisa, 44 anos, católica, ensino fundamental incompleto, cuidadora da mãe de 85 anos, diagnóstico: insuficiência coronariana crônica, Parkinsonismo, osteoporose grave (fraturas patológicas), leucemia linfóide crônica.

A religião também ajudou bastante. É preciso se lembrar de Deus, ter fé, carinho, pedir paciência à Deus, ter coragem para suportar e ter saúde. Só Deus mesmo pra ter misericórdia da gente.

Raimunda, 52 anos, ensino fundamental incompleto, evangélica, cuidadora da mãe, 89 anos, demência vascular ou Alzheimer provável, disfagia severa, úlceras por pressão, em uso de gastrostomia.

A religião ajuda, você encontra forças, você encontra muita força... eu não sou fanática mas, tenho fé. É doído!!! Nossa!!! Você não poder fazer nada. Ela falar que está com dor e você não poder... não tem o que fazer! [chora].

Márcia Correa, 39 anos, católica, ensino médio incompleto.

Iraci Correa, 46 anos, católica, ensino médio incompleto, cuidadoras da mãe de 87 anos, diagnóstico: câncer de laringe avançado, caquexia (a entrevista foi dada pelas duas juntas)

Silva<sup>44</sup> em revisão de literatura sobre espiritualidade e cuidados paliativos constata que esta pode ser vista pela família como fonte de cura e manutenção da saúde, de enfrentamento, por ajudar a lidar e superar a situação e de conforto, por ajudar a aliviar o sofrimento.

Pode ser vista também como uma oportunidade de se conhecer a si mesmo como ser humano<sup>45</sup> em um grande processo de aprendizado, como nos apontam as falas abaixo:

*Foi uma vida muito difícil pra nós dois [refere-se ao período de cuidados]... ele me agredia, era a doença que estava falando... ele se jogava no chão... mas eu aprendi.*

*Se a gente não aprende e se não ama, desiste... ahh, desiste.*

*Eu fui criada no espiritismo, então com meu pai, aprendi... Humildade que eu aprendi a ter e caridade. Caridade é a ferramenta principal para o ser humano, se eu fizer um bem pro outro, o bem maior é pra mim, a caridade é a principal virtude, com a caridade você aprende a amar e a ser humilde. O proveito maior foi meu e não dele. (...) Eu aprendi muito, aprendi a aceitar o sofrimento, como é que fala.... (...) Meu pai foi um instrumento pra me ensinar a conviver... Dona Irma.*

*Sabe?! Eu acho que a igreja não tem influência sobre ajuda física, eu acho que a igreja não tira o seu cansaço. Eu acho que isso aí, não! Eu acho que é uma coisa de coração mesmo! Dona Iracy*

*Só Deus mesmo pra ter misericórdia da gente. É muito difícil [ser cuidador], agora na realidade, a gente não pensa muito mesmo, a gente vai cuidando e... vai pedindo misericórdia a Deus e com o dia-a-dia vai aprendendo. Raimunda*

Eu sou católica. Mas eu acho que o que mais me ajudou a aceitar e entender a doença e a morte da minha mãe foi depois que eu comecei a conversar com uma amiga que é espírita. Ela que me ajudou nisso aí, me deu assistência...

ela e os livros que eu li [cita os livros]. Se não fosse isso... não sei o que seria de mim... Marisa

Se a "espiritualidade é toda relação com o transcendente a partir de si mesmo e da própria teia de relações: relações interpessoais, com o cosmo e consigo mesmo,"<sup>41</sup> cuidar de alguém nesse limiar entre a vida e a morte traz sempre e, de diferentes maneiras, o questionar sobre o sentido e complexidade da vida, sobre a rede criada em torno de si mesmo e sobre o fim inevitável que se aproxima, ou como nos diz uma das entrevistadas: "a gente tem que entender que acaba, que nós todos vamos morrer... a gente veio do pó e volta pro pó." (Raimunda)

Na desconstrução do papel de cuidador os demarcadores apontados foram: reavaliação sobre o cuidado realizado, reorganização do cotidiano, dos horários, dos espaços da casa, novo olhar sobre a família e elaboração de novos projetos. Esse processo lento, que também se dá no período de luto do ex-cuidador, é permeado de lembranças: lembranças dos cuidados realizados, da falta de ajuda dos demais familiares, que parece ser comum. Lembrança dos momentos bons vividos juntos, das dificuldades, do carinho compartilhado ou não, sendo também o momento da avaliação do cuidado realizado e do que ficou.

Mas se pensarmos a espiritualidade como algo além de nós, no que nos transcende<sup>43,46</sup> e para o qual não temos explicação lógica, apesar de não se apresentar de forma declarada na desconstrução, se mostra potente em alguns discursos:

Quem tem a consciência tranquila de quem cumpriu a sua missão, não tem porque se lastimar.

Manuela, 65 anos, católica, ensino médio completo, cuidadora da mãe de 88 anos, diagnóstico: sequelas de acidente vascular cerebral extenso, glaucoma, diabetes, hipertensão arterial, em uso de sonda nasogástrica.

Hoje em dia eu ainda fico muito pensativa. Uns dias aí atrás eu chorei muito, né?! Chorei de pensar... de pensar que eu não cuidei dela como devia ter cuidado, eu devia ter cuidado mais. [chora] Eu me arrependo de muita coisa, ainda hoje eu ajoelhei e pedi perdão a Deus, pedi pra perdoar alguma coisa que eu fiz e que magoei ela, né?! (...) Eu fiquei um ano sem ir à escola dominical, que é a paixão da minha vida a escola dominical, ganho prêmio todo ano [por] não faltar, né?! o primeiro domingo que eu pude voltar?! Uma sensação de felicidade e remorso. Caiu assim na minha cabeça: o empecilho que eu tinha não mais existe. Eu falei: Meu Deus, mas eu não posso usar essa palavra, empecilho!!! Mas veio!!! E o remorso de ter vindo essa palavra e não uma outra coisa, né?! Minha mãe não era um empecilho!!! Mas era né?! Assim... não... não que... (...) Ah, mas foi difícil porque quem me impedia de ir na escola dominical não existia mais... é engraçado, é engraçado isso aí, viu?! Igreja? Ah, graças a Deus eu ainda tenho vontade de ir quando chega o dia, sabe? (...) Na igreja eu tenho disposição de ir, tenho disposição. Um outra atividade assim não tenho não!!! Raimunda

Eu não me desfiz do quarto em que ela morreu. Todo mundo fala: muda as coisas, vamos fazer um quarto de televisão mas, eu preferi assim. Por que me desfazer das coisas? A lembrança fica é aqui dentro [aponta o coração]... Deixei tudo do jeitinho que era e às vezes entro lá, sento na poltrona e converso com ela [com a mãe], falo pra ela das coisas que me aconteceram, peço ajuda, agradeço... Assim

vezes brinco: porque a senhora deixou acontecer tal coisa? [sorri] Sinto-me bem lá, é o meu refúgio... a gente viveu tanta coisa ali... Dona Manuela

Depois que eles morreram a união com meus irmãos ficou bem melhor; e eu sei que lá onde eles estão, eles estão felizes, porque a nossa união agora...

Branca, 42 anos, ensino fundamental completo, católica, cuidadora da mãe, 86 anos, Doença de Parkinson avançada, disfagia para líquidos e sólidos, pneumonias de repetição, hipertensão arterial, colite e do pai, 84 anos, Alzheimer provável, disfagia severa, úlceras por pressão.

Essa é a minha história de amor e de cuidado. Eu saí de uma pessoa mimada, sem sofrimentos e eu cresci... cresci muito. Crescimento, proveito... Muitas vezes as pessoas ficam revoltadas, mas muito pelo contrário, a gente tem que agradecer a Deus a oportunidade de crescer, de evoluir. Irma

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel social, aqui negado como descartável, superficial ou usado como máscara, é afirmado como saturado de marcas deixadas pelo próprio sujeito em seu processo de construção; papel assumido por auto-identificação e como forma de participação no mundo;<sup>25</sup> como maneira de se experienciar a vida e de se relacionar com os demais.

Assim, aqui: papel social, muito mais do que provisório, descartável ou superficial, é percebido como passível de nele se ter escrito uma história e de por meio dele se contar uma história. É percebido como algo saturado de marcas pessoais, e de um meio pelo qual há a possibilidade de se rever a própria vida.

Se o recriar e repensar do papel<sup>23</sup> trouxe, no que se referiu a estes cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos, a perspectiva da mudança, esta se exteriorizou primeiramente pelas alterações realizadas no cotidiano, na casa, nas prioridades e nos horários, ou ao menos são essas as mais visíveis apontadas pelos entrevistados. Mas, paralelamente às adaptações da “vida prática”, se engendraram as transformações internas: o repensar da vida e das prioridades, a busca de sentido além do concreto, a revisão das relações anteriormente mantidas, o espaço dado para a aproximação do outro, fatos estes creditados à espiritualidade por todos

os entrevistados. O papel se fortalece quanto mais envolvido estiver o sujeito na experiência que vive e nessa condição, no limiar entre a vida e a morte, o envolvimento dos sujeitos entrevistados foi completo.

A morte, por tantos anunciada, constitui-se como um marco, um divisor de águas e também um elo entre o antes e o depois de ser cuidador. O depois é marcado pelas lembranças, arrependimentos, dúvidas, mas também certezas: está finalizada uma etapa, foi cumprida uma meta, o processo de desconstrução agora se encontra em curso.

Na desconstrução do papel, a trajetória de retorno ao início parece ser cumprida: as alterações na casa, o acostumar-se novamente aos horários anteriores ao cuidado ou o desacostumar-se dos horários de cuidados diretos, a avaliação do realizado, do que ficou e o foco nos projetos futuros... o “movimento da vida” se faz presente.

Mas agora falamos do mesmo sujeito?

Acreditamos que não. Nas histórias obtidas, a transformação foi afirmada várias vezes, e se o cuidar novamente está nos planos de poucos, nenhum deles julga ter saído dessa experiência como nela entrou.

A assistência domiciliar também é avaliada, em vários pontos da entrevista, como indicada para esse tipo de atenção ao paciente, sendo um fator facilitador do processo de aprendizagem do cuidado; aprendizagem esta não só referida às atividades práticas, mas ao lidar cotidiano com a situação vivida: cuidar no limiar da vida e da morte. Assim pode aqui ser considerada como um agente facilitador da construção do mencionado papel.

O papel assumido deixou marcas profundas e os sujeitos lembram-se ainda emocionados de tudo o que viveram, mas, como eles mesmos disseram: a vida continua e cada etapa é marcada pela possibilidade de aprendizado. Como diz Dona Manuela: Quem tem a consciência tranquila de quem cumpriu a sua missão, não tem porque se lastimar.

## CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. PALLIATIVE CARE. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> [Acesso em 05/2020].
2. Pessini L. Distanásia: Até quando prolongar a vida? São Paulo: Edições Loyola/Editora do Centro Universitário São Camilo: 2001.
3. Córtez CC. Cuidados Paliativos Y movimiento hospice. SEPCAL – Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 1997. Disponível em: <http://www.secpal.com/presentacion/index.php.cp>.
4. Nascimento-Schulze CM. Dimensões da Dor no Câncer. Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Robe Editorial. 1997.
5. Livorato F. Programa de Internação Domiciliar – PID. Avaliação do 1º Ano do Programa no Município de Santos. Santos: Secretaria de Higiene e Saúde de Santos. 1992.
6. Chiba T. A equipe multiprofissional no atendimento a pacientes terminais. in Serviço Social Hospitalar: São Paulo. CASS (Coordenadoria de Atividades do Serviço Social). Hospital das Clínicas-FMUSP 1996; 3 (1/96): 10-2.
7. Maciel MG. Modelo de intervenção em cuidados paliativos: a experiência do HSPE-SP. In Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole. 2006:384-408.
8. Teixeira M. Lavor M. Assistência no modelo hospice. In Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. São Paulo: Manole. 2006:360-83.
9. Matsumoto DY. Sem cura, paciente aguarda morte longe da UTI. Folha de São Paulo, Caderno Cotidiano, São Paulo. 2005; 01.
10. Andrade L. O papel do Assistente Social em equipes de Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT. Manual da Residência de Cuidados Paliativos. Abordagem Multiprofissional. São Paulo: Manole. 2018; 756-92.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013;2. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf). [acesso em 11/05/2020]

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2011. <https://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109382-2029.html> [acesso em 11/06/2020]
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas. Brasília. 2005. <https://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1096-2439.html?q=> [acesso em 11/06/2020]
14. Kassab GEF. Programa de Assistência Domiciliar. São Paulo: Centro para a Organização da Atenção à Saúde (COAS), Secretaria Municipal de São Paulo. 1992.
15. Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu. 2000.
16. Karsch ÚMS. Envelhecimento com Dependência: Revelando Cuidadores. São Paulo: EDUC. 1998.
17. Nunes IP. O Cuidar do idoso com trauma ortopédico realizado pelo cuidador familiar no domicílio. Dissertação de Mestrado. EEUSP, São Paulo. 2000.
18. Perlini NMG. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Dissertação de Mestrado. EEUSP, São Paulo. 2000.
19. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003.
20. Mendes, PB. Cuidadores: Heróis anônimos do cotidiano. Dissertação de Mestrado. PUC-SP, 1995.
21. Neri AL. Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea. 2002.
22. Andrade L. Desvelos: Trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar. PUC- SP, 2007.
23. Naffah Neto, A. Psicodrama: Descolonizando o Imaginário. São Paulo: Plexus. 1997.
24. Bazilli C. Interacionismo simbólico e Teoria dos Papéis: uma aproximação para a psicologia social. São Paulo: EDUC. 1998.
25. Berger PL. Luckmann T. A construção social da realidade. São Paulo: Vozes. 1985.
26. Salem, T. O Velho e o Novo: um estudo de papéis e conflitos familiares. Petrópolis: Vozes. 1980.
27. Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. in Papaléu Netto M. Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005; 26-43.
28. Mendes Júnior WV. Assistência Domiciliar: uma nova modalidade de Assistência Domiciliar para o Brasil? Dissertação de Mestrado. UERJ; 2000.
29. Ribeiro, HP. O Hospital : História e Crise. São Paulo: Cortez; 1993.
30. Cohn A. Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez; 1996.
31. Jacob Filho W. Digerir as diferenças. in Médicis. São Paulo: Segmento; 2001;13(3):3-10.
32. Jacob Filho W. Doenças degenerativas e a Assistência Domiciliar. in Jovem médico. Edição Especial. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Júnior. 2000:19-23.
33. Albuquerque SMRL. "Plano Piloto" para a implantação do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI – do ICHC. São Paulo;1996.
34. Rezende, VL. Reflexões sobre a Vida e a Morte. Campinas, SP: Unicamp, 2000.
35. Martinelli, ML. Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio. NEPI-PUC/SP. São Paulo: Veras, 1999.
36. Alberti V. História Oral: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1990.
37. Alberti V. Ouvir contar: textos em História Oral. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2004.
38. Portelli A. História Oral como gênero. in História Oral & Oralidade, Projeto História, São Paulo: EDUC.2001; 22:9-36.
39. Portelli A. Forma e significado da História Oral. Projeto História, São Paulo: EDUC, 1997; 14:7-24.
40. Twycross, R. Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
41. Bassini, PF. Dimensão espiritual e a terceira idade. In Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000; 487-98.
42. Peres MFP, Arantes ACLQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Bras Psiquiatr. 2007;34(1):82-7.
43. **Toloi DA, Branco TP. Abordagem espiritual. In: Carvalho RT. Manual da Residência de Cuidados Paliativos. Abordagem Multiprofissional. São Paulo: Manole. 2018;11-20.**
44. Silva DIS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. Rev HCPA. 2011;31(3):353-58.
45. **Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Batista JBV, Oliveira AMM. Cuidados Paliativos e Espiritualidade: Revisão Integrativa de Literatura. Rev Bras Enferm. [Internet]. [cited 2020 Jun 19]; 2016;69(3):53-9.**
46. Saporetto LA, Andrade L, Sachs MFA, Guimarães TVV. Diagnóstico e Abordagem do Sofrimento Humano. In: Carvalho, RT, Parsons (org.). Manual de Cuidados Paliativos. ANCP. Porto Alegre: Meridional. 2012; 42-55.

# A DIMENSÃO ESPIRITUAL INTEGRADA ÀS NECESSIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS NA CARDIOPATIA AVANÇADA

## THE SPIRITUAL DIMENSION INTEGRATED WITH PALLIATIVE CARE NEEDS IN ADVANCED CARDIOPATHY



Clique para acessar  
o Podcast

Daniel B Dei Santi<sup>1</sup>  
Suzana Garcia Pacheco  
Avezum<sup>2</sup>  
Adriana Araújo de  
Medeiros<sup>3</sup>  
Luisa Murakami<sup>4</sup>  
Karla Carbonari<sup>5,6,7</sup>

1. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
2. Pesquisador Autônomo. Psicóloga. São Paulo, SP, Brasil.
3. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo, SP, Brasil.
4. Associação do Sanatório Sírio – Hcor, São Paulo, SP, Brasil.
5. Faculdade de Medicina da Unicamp. Campinas, SP, Brasil.
6. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, SP, Brasil.
7. Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte (FCMBH). Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência:  
Daniel B Dei Santi  
Hospital das Clínicas de São Paulo,  
Prédio da Administração  
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos,  
225, Cerqueira César - São Paulo, SP,  
Brasil. CEP: 05403-010  
dr.daniel.santi@gmail.com

### RESUMO

As doenças cardíacas são responsáveis por alta carga de sintomas e sofrimento dos pacientes, principalmente na fase avançada. A espiritualidade é uma dimensão importante do ser humano, que o auxilia no enfrentamento e na elaboração do que lhe acarreta sofrimento; contudo, existem necessidades subdiagnosticadas e não abordadas em momentos de adoecimento. Os cuidados paliativos buscam agregar qualidade de vida e promover bem-estar, especialmente nos casos graves e avançados. Objetivos: Identificar e caracterizar as publicações que abordam a espiritualidade em pacientes com doença cardíaca avançada. Métodos: Revisão de artigos disponíveis sobre a espiritualidade em pacientes com cardiopatia avançada, nos últimos cinco anos, nas plataformas de pesquisa PubMed, Lilacs e Scielo. Resultados: Foram elegíveis 10 estudos, sendo evidenciada a heterogeneidade do perfil dos pacientes, bem como das metodologias empregadas; dois trabalhos sobre intervenção (um relato de caso e um estudo clínico) e os demais artigos sobre estudos observacionais que envolveram na maioria análises qualitativas através de entrevistas e relatos. Não foram identificados trabalhos com pacientes sul-americanos. A espiritualidade foi o objetivo central de 60% dos estudos e os cuidados paliativos foram citados poucas vezes. Conclusão: A espiritualidade em pacientes com doença cardíaca avançada é de alta relevância e está envolvida com as demais dimensões do sofrimento vivenciado, que impacta a qualidade de vida e a saúde. Contudo, são escassas as pesquisas que avaliam as abordagens de cuidados paliativos e estratégias de intervenção nessa população, para compreender melhor como avaliar e prestar assistência a esses pacientes e seus familiares quanto às necessidades espirituais.

**Descritores:** Espiritualidade; Bem-estar espiritual, Religião; Religiosidade, Insuficiência Cardíaca; Doença cardíaca terminal, Cuidados Paliativos.

### ABSTRACT

*Heart disease is responsible for a high burden of symptoms and suffering for patients, especially those in the terminal stage. Spirituality is an important dimension of the human being, and can be of assistance in coping with situations of suffering. But patients often have unmet needs that are under addressed when they are seriously ill. Palliative care aims to add quality of life and improve well-being, especially in patients with terminal illnesses. Objectives: To identify and characterize publications that address spirituality in patients with advanced heart disease. Methods: To conduct a review of available articles that address spirituality in patients with advanced heart disease, published in the last five years, through searches in the PubMed, Lilacs and Scielo databases. Results: Ten articles were considered eligible for final analysis. There was a heterogeneity in the patient profile, as well as in the methodologies used. Only two intervention works were found (one case report and one clinical trial); the remaining articles were observational and involved qualitative analyses through interviews and reports. No studies focusing on South American patients were found. Spirituality was the central objective of 60% of the studies and palliative care was rarely mentioned. Conclusion: Spirituality in patients with advanced heart disease is very important, as it is linked to the other dimensions of suffering, which impacts on quality of life and health status. However, there is a lack of studies that evaluate palliative care approaches and intervention strategies in this population, seeking to understand how to better evaluate and assist these patients and their families when it comes to their spiritual needs.*

**Keywords:** Spirituality; Spiritual well-being, Religion; Religiosity, Heart Failure, Stage heart disease, Palliative Care



## INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome cardíaca complexa, sendo consequência comum de diversas doenças primárias do coração ou decorrentes de enfermidades de outros órgãos e sistemas.<sup>1,2</sup> É uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo, independente da idade, raça ou gênero, apresentando sintomas graves, limitação da capacidade funcional e perda de qualidade de vida (QV).<sup>3,4</sup> De acordo com o DATASUS/Ministério da Saúde,<sup>5</sup> em 2016 houve mais de 1,3 milhões de óbitos no país, sendo 362mil (27,6%) devido a doenças do aparelho circulatório (28.777 em decorrência de IC) e 215.217 óbitos por doenças oncológicas.

A IC é uma doença incurável e progressiva, que evolui para sua fase avançada (fase terminal), classificada pela *American Heart Association* (AHA) como “estágio D”, quando atinge critérios de refratariedade e limitação de disponibilidade terapêutica.<sup>2</sup> Esta fase é marcada por uma perda na QV e funcionalidade, aumento dos sintomas (dispneia, dor e fadiga) e caquexia.<sup>3-6</sup> Inversamente proporcional ao aumento das demandas, decresce o número de opções terapêuticas a estes pacientes, restando apenas o transplante cardíaco, uso de dispositivos mecânicos de assistência ventricular e cuidados de final de vida.<sup>1,2,7,8</sup>

A apresentação destes pacientes em unidade de urgência apresentando perfil “C” (sinais e sintomas de congestão e baixo débito cardíaco) é indicativo de exacerbações graves de sintomas e de doença com alto risco de óbito breve.<sup>7,8</sup> Deste modo, pacientes com doenças fora de possibilidades terapêuticas de cura e com risco de morte e sofrimento nas mais variadas dimensões (física/biológica, psicológica/espiritual, social, entre outras), são elegíveis para cuidados paliativos (CP).<sup>7,9</sup>

Os CP são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que encontram-se em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave. Propõe uma abordagem ampla e contemplativa, considerando não apenas aspectos da doença, mas também a biografia, valores e necessidades, oferecendo suporte ao processo de adoecimento e luto, proporcionando planejamento e preparação para todas as fases da doença, de acordo com as expectativas e valores do paciente e seus familiares.<sup>9,10</sup>

No contexto da IC, as intervenções de CP são extremamente necessárias pois o desconhecimento de valores, necessidades e biografia no processo de tomada de decisão e planejamento terapêutico pode resultar em intervenções desproporcionais, que não tragam benefício real para o paciente e proporcionar-lhes consequências inadequadas, com geração ou prolongamento fútil do sofrimento, beirando a obstinação terapêutica. Deste modo, os CP buscam prevenir ou amenizar sofrimentos, adequando a terapêutica ao momento da doença, agregando QV a todos.<sup>4,8</sup>

Diante das fragilidades apresentadas pelo agravamento da doença e proximidade da morte, somadas ao sentimento de medo do desconhecido, o paciente pode buscar a espiritualidade/religiosidade como forma de enfrentar e minimizar seu sofrimento, demonstrando que a dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso de assistência à saúde, na busca de compreender as questões que envolvem o final da vida.

A espiritualidade não deve ser confundida com religião, sendo a religiosidade compreendida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente (Deus, força maior, verdade suprema), tendo crenças específicas sobre a vida após a morte e regras de condutas dentro do grupo social.<sup>11,12</sup>

A espiritualidade é um conceito mais amplo, compreendida como o aspecto da humanidade que se refere à forma com que o indivíduo busca e expressa o sentido e o propósito da vida, e o modo com que experiencia sua conectividade com o momento, consigo mesmo, com o outro, com a natureza e com o que é significativo ou sagrado.<sup>13</sup> Outrossim, a dimensão espiritual é, portanto, parte integrante dos CP, demonstrando ter um relevante papel no enfrentamento das situações de adoecimento, morte e luto.

Em pacientes com doenças avançadas, possivelmente mais sintomáticas, a questão do sofrimento espiritual se torna mais premente, uma vez que há uma maior fragilidade inerente à condição clínica e psíquico-emocional e um aumento significativo das angústias e incertezas. Uma vez que a qualidade de vida é um conceito que engloba e transcende o conceito de saúde e, por ser amplo e multidimensional, a integração da abordagem espiritual na assistência ao paciente cardiopata é de grande relevância. No entanto, os profissionais de saúde ainda demonstram dificuldades para integrar a espiritualidade no cuidado, uma vez que há lacunas a serem preenchidas (como explorar adequadamente e intervir neste momento de vida), considerando o sofrimento espiritual e suas relações com as demais dificuldades enfrentadas pelos pacientes com doenças cardíacas avançadas e seus familiares. Tal proposta exige o engajamento de profissionais de saúde de todas as áreas, visando um cuidado integral, que tenham treinamento e experiência neste quesito.

Na busca por novas maneiras de caminhar, está a aplicabilidade deste estudo de revisão, objetivando identificar e caracterizar as publicações que abordam a espiritualidade em pacientes com doença cardíaca avançada e sua relação com as demais dimensões do sofrimento.

O *Global Atlas of Palliative Care at End of Life* desenvolvido em 2014 pela Organização Mundial de Saúde<sup>14</sup> estima que aproximadamente 7,4 milhões de pacientes adultos com doenças cardiovasculares necessitem de CP no final de suas vidas, superando outras doenças, o que confirma a relevância deste estudo abrangendo a dimensão da espiritualidade integrada às necessidades de CP na pessoa com cardiopatia avançada.

## METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura científica disponível através de pesquisas em plataformas *PubMed*, *Lilacs* e *SciELO*, com termos: Espiritualidade, Bem-estar Espiritual, Religião, Religiosidade, Insuficiência Cardíaca, Doença Cardíaca Terminal e Cuidados Paliativos.

Foram adotados como critérios de inclusão os artigos com texto completo disponível, originais, no período de 2015 a 2020, envolvendo pacientes com doença cardíaca avançada, terminal ou final de vida, determinada por critérios clínicos ou funcionais (como classe funcional III ou IV pela classificação da *New York Heart Association* ou outras escalas ou critérios

de gravidade de doença), avaliando questões relacionadas à espiritualidade e/ou religiosidade, amostra composta exclusiva por pacientes com cardiopatia avançada ou associada a outras doenças (ex: câncer, doenças pulmonares).

Os critérios de exclusão adotados foram artigos cujos sujeitos não eram pacientes com doença cardíaca, ou que não descreviam o estágio da doença, ou com predominância de amostra com doença cardíaca assintomática ou em classe funcional I ou II pela NYHA. Artigos que não tinham como foco principal a questão espiritual/religiosa ou que não dessem relevância a tal aspecto também foram excluídos.

Não foi exigido que os artigos abordassem objetivamente os CP nestes pacientes, nem que estes termos estivessem descritos na metodologia ou desenvolvimento dos trabalhos, uma vez que, está no escopo conceitual e prático dos CP abordar espiritualidade e sofrimento espiritual. (Figura 1)

## RESULTADOS

Foram selecionados inicialmente 51 registros, dos quais após avaliação criteriosa restaram apenas 10 que atendiam aos critérios de inclusão adotados. (Tabela 1) CP foram abordados explicitamente em apenas 30% dos artigos.

Dentre os artigos, 50% foram realizados com pacientes dos Estados Unidos, 20% do Quênia, 10% do Reino Unido, 10% de Hong Kong e 10% do Irã, não havendo estudos com pacientes sul-americanos. Oito estudos (80%) foram realizados incluindo exclusivamente pacientes com doença cardíaca, sendo que os demais (20%) envolviam pacientes com câncer, DPOC e outras doenças. Em dois estudos observou-se que os cuidadores também estavam envolvidos. Nestes trabalhos foram avaliados 688 pacientes com doença cardíaca avançada.

Apenas dois estudos<sup>15,16</sup> (20%) propuseram intervenções em suas metodologias, sendo apenas um deles um estudo clínico randomizado. Sete artigos (70%) fizeram avaliações qualitativas. Seis artigos (60%) tiveram como objetivo central, avaliações vinculadas diretamente com espiritualidade ou religiosidade, sendo que nos demais trabalhos tais temas foram avaliados de forma secundária ou conjuntamente com as demais questões que envolvem o sofrimento do paciente.

A religiosidade é menos especificamente abordada do que a espiritualidade, no seu sentido mais amplo. Dentre os estudos, três não apontam se os pacientes possuem ou praticam alguma religião. A distribuição das religiões dos pacientes nos estudos é demonstrada na Tabela 2.

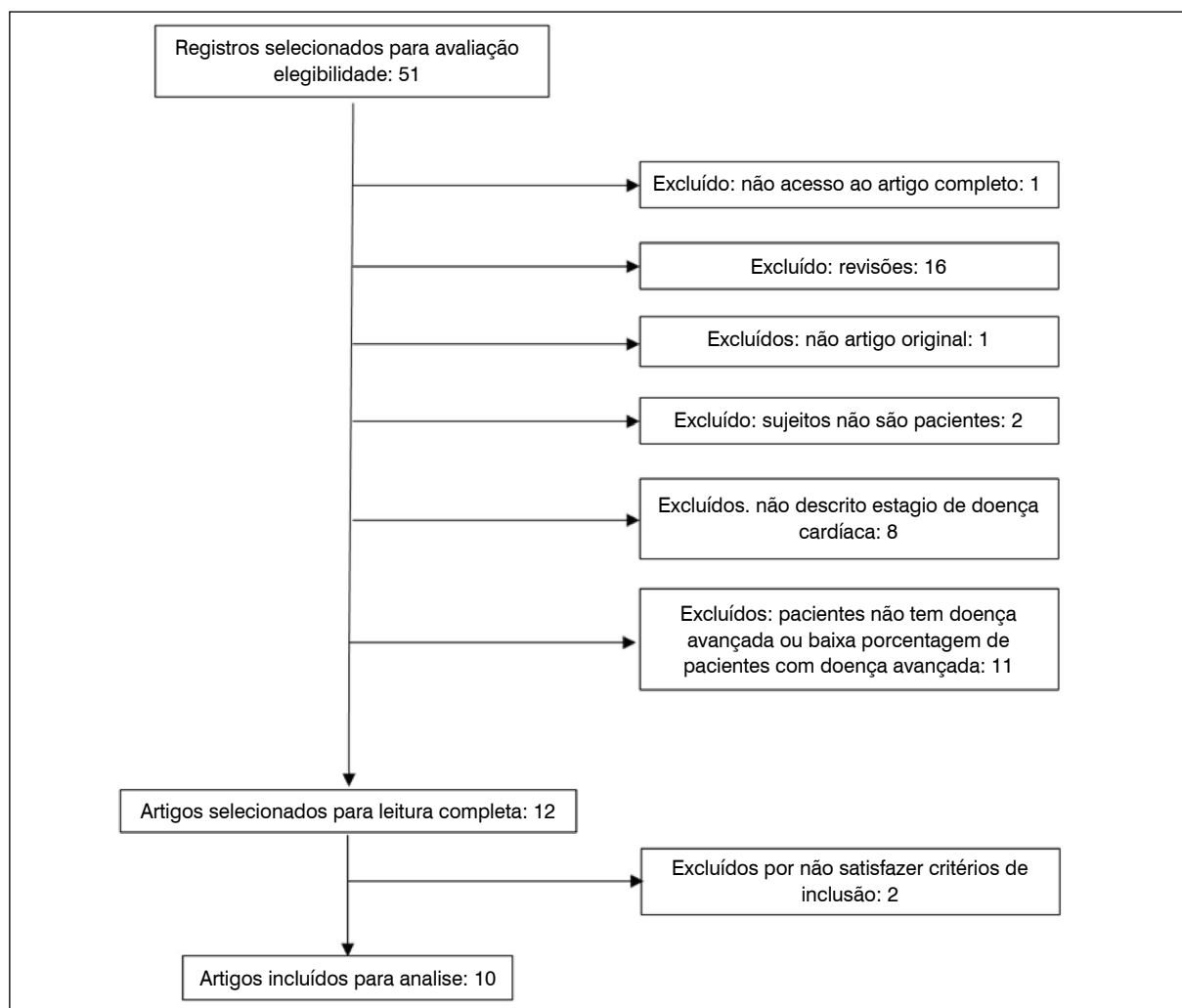


Figura 1. Fluxograma - método de pesquisa bibliográfica.

**Tabela 1.** Artigos analisados que atendem aos critérios de inclusão.

<b>Autores/ano</b>	<b>País</b>	<b>Desenho</b>	<b>Sujeitos</b>	<b>Achados</b>
Steinhauser EK et al (2017) <sup>16</sup>	Estados Unidos	Estudo clínico randomizado, aplicação da ferramenta "Outlook" comparando grupo de meditação e relaxamento e grupo de tratamento habitual.	221 pacientes, sendo 30 pacientes (13,6) com IC avançada. Outros pacientes: câncer, DPOC, doença renal ou hepática terminal.	Outlook mostrou impacto no bem-estar social e preparação comparado com tratamento habitual, porém sem resultados efetivos em populações que não tem problemas existenciais ou estresse emocional significativo.
Lum HD et al (2016) <sup>17</sup>	Estados Unidos	Estudo clínico de coorte prospectiva, Avaliando espiritualidade com a pergunta: "Você se sente em paz?"	384 pacientes com IC	Sintomas físicos e depressão predizem baixo status de saúde em um ano. 23% apresentavam pouca sensação de paz, na análise de bem-estar espiritual, sendo preditor na análise bivariada.
Park CL, Sacco SJ (2017) <sup>18</sup>	Estados Unidos	Estudo observacional, transversal, com aplicação de questionário	111 pacientes com IC	Quase metade da amostra demonstrou alta necessidade espirituais não reconhecidas e reportaram moderada a importante do desejo de que seus médicos ou outros profissionais de saúde deem atenção as suas necessidades espirituais. E moderada a importante sentimento de constrangimento ao fazê-lo, o que levam a pobre bem-estar espiritual, físico e psicológico, o que varia de acordo com o desejo do paciente em discuti-los.
Gordon NA et al (2017) <sup>19</sup>	Estados Unidos	Estudo observacional, transversal, análise qualitativa, aplicação de questionário.	104 pacientes com IC, sendo 43% com CF III NYHA	A maioria já havia discutido sobre sua doença, prognóstico e planejamento, e os que não haviam feito, desejariam fazê-los. Apenas uma minoria de pacientes havia discutido sobre espiritualidade ou religião e apenas uma minoria gostaria de fazê-lo.
Kimani KN, Murray SA, Grant L. (2018) <sup>20</sup>	Quênia	Estudo observacional, qualitativo, realizando entrevistas seriadas com pacientes e cuidadores	18 pacientes com IC	Pacientes apresentaram sofrimentos físicos, psicológicos, espirituais e financeiros. Possuem necessidades por informações sobre sua doença e se beneficiariam de abordagens holísticas, como a promovida pelos CP.
Boucher NA, Steinhauser KE, Johnson KS (2018) <sup>21</sup>	Estados Unidos	Estudo observacional, transversal, qualitativo, com entrevistas semi-estruturadas	17 pacientes, sendo seis (35%) com IC avançada. Outros: câncer ou DPOC	34% relataram participar de atividades ou rituais religiosos, 64% relataram ter fé e espiritualidade como algo muito importante. Poucos foram contra tal abordagem.
Chan K.Y. et al (2016) <sup>15</sup>	Hong Kong	Relato de caso utilizando entrevistas com terapia de revisão de vida em um <i>day center</i> de CP.	Um paciente em CF III NYHA	A terapia de revisão de vida ajudou a reduzir as necessidades psicoespirituais e o humor deprimido, aliviando o sofrimento psicoespiritual e melhorando o apoio social com a abordagem multidisciplinar.
Kimani KN, Murray SA, Grant L. (2016) <sup>22</sup>	Quênia	Estudo observacional, qualitativo, utilizando entrevistas seriadas com pacientes e cuidadores.	18 pacientes com IC, dois cuidadores	A espiritualidade para quem vive com IC no Quênia pode ser uma fonte de conforto, mas também levam a angústia. As crenças podem mascarar a ansiedade subjacente que pode desencadear angústia multidimensional e levar a problemas de saúde
Ross L, Austin J. (2015) <sup>23</sup>	Reino Unido	Estudo observacional, qualitativo, com entrevistas semiestruturadas por um ano	16 pacientes com IC	A amostra experimentou necessidades espirituais significativas, em conjunto com sofrimento físico e emocional causado pela doença e teria se beneficiado das abordagens espirituais oferecidas juntamente com os CP. Preocupações espirituais poderiam ter sido abordadas por: ter alguém com quem conversar, suporte de cuidadores, demonstração de sensibilidade/ tomando cuidado para fomentar a esperança e suporte espiritual domiciliar.
Mangolian-Shahrbabaki P et al (2016) <sup>24</sup>	Irã	Estudo qualitativo utilizando entrevistas semi-estruturadas	18 pacientes com IC, sendo 78% destes com CF III ou IV	Estratégias de abordagem espiritual auxiliam pacientes no enfrentamento a IC. Pacientes aprendem a utilizar a fé e crenças religiosas para aceitar a realidade, estágio da doença e manejar sua condição com tolerância, calma, paciência e esperança.

CF: classe funcional, CP: cuidados paliativos, DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica, IC: insuficiência cardíaca, NYHA: New York Heart Association.

**Tabela 2.** Religião dos pacientes participantes dos estudos analisados.

Autores / Ano	Religião dos pacientes
Steinhauser EK et al (2017) <sup>16</sup>	93,1% cristãos 2,3% outras religiões 4,6 sem religião
Lum HD et al (2016) <sup>17</sup>	Não descreve as religiões
Park CL, Sacco SJ (2017) <sup>18</sup>	21% Baptistas, 20% Protestantes, 17% Católicos, 12% Metodistas, 9% Cristãos, 3% Pentecostais, 3% Presbiterianos, <1% Judeus e 9% não afiliados a religiões
Gordon NA et al (2017) <sup>19</sup>	Não descreve as religiões
Kimani KN, Murray SA, Grant L. (2016) <sup>22</sup> e (2018) <sup>20</sup>	100% cristãos
Boucher NA, Steinhauser KE, Johnson KS (2018) <sup>21</sup>	Descreve como predominância de cristãos protestantes, sem dar números exatos
Chan K.Y. et al (2016) <sup>15</sup>	Não descreve a religião
Ross L, Austin J. (2015) <sup>23</sup>	62,5% "cristãos"
Mangolian-Shahrbabaki P et al (2016) <sup>24</sup>	Não explícita, mas subentende-se que são todos de religião islâmica

Percebe-se que a própria denominação da religião não é algo universal, uma vez que a classificação dos pacientes como "cristãos" permite que sejam praticantes de diferentes ordens religiosas e costumes.

No estudo feito por Chan et al,<sup>15</sup> apesar de ser o relato de apenas uma paciente, é um dos poucos trabalhos que propôs intervenção e o único dentre os 10 estudos que envolveu diretamente a prática de CP na sua metodologia. Tal paciente frequentava um *day care center* de CP, onde tinha um convívio social com outros pacientes, profissionais e voluntários, realizando atividades que lhe davam prazer, sendo assessorada com relação à sua alimentação e medicamentos, além de suporte religioso, demonstrando como os CP são eficazes na vida dos pacientes.

Park CL, Sacco SJ<sup>18</sup> citam CP, abordando a visão holística dos profissionais que recebem treinamento para promover assistências às necessidades espirituais dos pacientes. O estudo de Kimani KN, Murray SA, Grant L<sup>20</sup> conclui que pacientes tem sofrimentos multidimensionais e se beneficiam de abordagens que promovem QV de forma holística, corroborando com os princípios dos CP.

Considerando que a espiritualidade constitui um campo de elaboração subjetivo no qual a pessoa constrói de forma simbólica o sentido de sua vida e busca estruturar-se frente a vulnerabilidade desencadeada pelo adoecimento, os estudos aqui analisados agregam razão (conhecimento científico) e emoção em um primoroso cuidado que parece abarcar a alma de um jardineiro, onde os profissionais envolvidos no cuidado não tem a intensão de "consertar" a saúde mas buscam sim hidratar, nutrir, quando necessário podar e, sempre que possível, cooperar com as pessoas e suas famílias, permitindo potencializar a força vital que nelas existe.<sup>25</sup>

## DISCUSSÃO

A presente revisão nos permitiu o levantamento de alguns estudos que objetivassem especificamente a avaliação da espiritualidade no contexto de final de vida em pacientes com doença cardíaca avançada. Contudo, foi possível a extração de dados importantes de como podem se comportar pacientes em tal estado de doença, afetando assim outros domínios como o sofrimento, o bem-estar, a QV e a saúde como um todo.

Pacientes com IC tem taxa de bem-estar espiritual inferior à de pacientes com câncer, sendo que o bem-estar espiritual para indivíduos com IC reflete o padrão de declínio físico, com períodos cíclicos de piora e melhora, mas com tendência evolutiva de deterioração, notando que à medida que a doença progride, ocorre a queda do bem-estar espiritual, reforçada por incertezas sobre o futuro.<sup>4,26</sup>

Pacientes com IC avançada que desenvolvem sintomas físicos (como pressão torácica, boca seca, dormência ou formigamento nas mãos e pés, constipação, tosse e tontura) apresentaram-se mais depressivos e referem sensação limitada de paz. O que corrobora com a percepção de que a espiritualidade é um dos fatores que influencia na QV, aparecendo também como forma de reflexão sobre a sensação de paz.<sup>17</sup>

Embora a religiosidade seja um componente reconhecidamente importante na cultura brasileira, existem poucos estudos voltados para o seu impacto na QV e no processo saúde-doença. O cuidado com a espiritualidade envolve um olhar e uma escuta que privilegia a pessoa, oferecendo um espaço onde possa ser respeitada e reconhecida naquilo que a faz melhor.

É de fundamental importância que esse espaço de escuta (terapêutico) seja estimulado, a fim de que o paciente se aproprie da necessidade de falar dessa dimensão, em busca de integrar em si a questão da espiritualidade, que não se circunscreve apenas ao aspecto religioso, apesar desse aspecto ser percebido como importante para parte considerável dos pacientes, mas em utilizar seus recursos internos para lidar com esse momento, que usualmente traz à tona muito da fragilidade humana, em face da gravidade dos casos referenciados nesse estudo. Entendendo a espiritualidade como um estado mental de enfrentamento e harmonização com as adversidades naturais da vida, o profissional, oferecendo escuta, favorece ao paciente um espaço seguro para falar de suas angústias e medos, sendo este um potencial espaço de transformação.

A correlação entre estados de sofrimentos psicológicos ou emocionais, em especial a depressão, já foram evidenciados previamente,<sup>4,27</sup> assim como, a depressão pode contribuir com outros sintomas físicos e impacto espiritual.<sup>28</sup>

### Espiritualidade, Cuidados Paliativos e Cardiologia

Os pacientes com cardiopatia avançada apresentam múltiplos sintomas e necessidades diversas, necessitando de uma assistência interprofissional em que os cuidados se complementam e, preferencialmente, devem ser referenciados aos CP o mais precocemente possível ou para assistência de equipe de suporte em CP. O sofrimento espiritual emerge, uma vez que há uma maior fragilidade inerente à condição



clínica e psíquico-emocional e um aumento significativo das angústias e incertezas diante da vida.

A vulnerabilidade proporciona labilidade emocional de tal ordem que em um estudo<sup>18</sup> foi evidenciado que quando o paciente apresentava uma fração de ejeção mais elevada era correlacionada com menor desejo de receber atenções espirituais dos profissionais. Contudo, em outro trabalho<sup>22</sup> alguns pacientes demonstraram sensação de abandono, à medida que a doença progredia e a igreja se mostrava falha na tentativa de entender tal evolução, referindo afastamento de membros conforme a doença avançava. Entretanto, alguns pacientes ressaltaram a importância da atenção religiosa/espiritual a despeito do tipo de doença ou severidade.<sup>21</sup>

Pacientes que possam participar de uma assistência "Day care" como no projeto<sup>15</sup> "day care center de CP", apresentaram melhor controle de sintomas com melhora dos escores de depressão e de necessidade espiritual provavelmente por se sentirem seguros quanto a previsibilidade de assistência ao seu alcance.

Foi observado um maior isolamento, sensação de desesperança e abandono em pacientes com IC quando comparados com pacientes com câncer. Os profissionais de saúde ainda demonstram dificuldades para integrar a espiritualidade no cuidado, uma vez que há lacunas a serem preenchidas, de como explorar adequadamente e intervir no sofrimento espiritual e suas relações com as demais dificuldades enfrentadas pelos pacientes com doenças cardíacas avançadas e seus familiares, exigindo maior engajamento de profissionais de saúde, garantindo um cuidado integral.<sup>29</sup>

### Espiritualidade e Profissionais de Saúde

A comunicação deve ser empática e harmoniosa entre os membros da equipe de cuidados, proporcionando uma assistência atenta e gentil ao paciente e seus familiares.

Oferecer um espaço em que esse paciente fale de suas fragilidades, medos, dúvidas, questionamentos de ordem existencial, a fim de favorecer a construção de um saber sobre si, sobre sua subjetividade, trajetória de vida, podendo refletir sobre assuntos pendentes, se assim desejar. Em um estudo randomizado<sup>16</sup> foram utilizadas estratégias de meditação e relaxamento, em comparação com sessões de terapias com metodologia guiada, sendo estas formas de auxílio ao paciente para impactar positivamente na QV e reduzir ansiedade, fortalecendo vínculos com a equipe de cuidados, comparados aos cuidados habituais.

A disposição da escuta pelo profissional de saúde pode auxiliar o paciente a amenizar o sofrimento durante esse processo de terminalidade. Um estudo<sup>16</sup> descreveu como benefício de ter a oportunidade de expor emoções e preocupações não resolvidas; outro descreve que aqueles que tiveram atendimento espiritual apresentavam menos conflitos, mais experiências espirituais diárias transformadoras e menor frequência de sintomas depressivos.<sup>18</sup> Entretanto uma pesquisa<sup>19</sup> ainda demonstra que questões sobre a espiritualidade/religiosidade é ausente ou irrelevante durante as consultas.

Deve ser considerado, ao se favorecer essa escuta da subjetividade, o processo de resolução interna que ocorre ao refletir sobre questões pessoais, a trajetória que construiu junto aos seus em seu meio de convivência e em como o paciente utiliza seus recursos internos para lidar com a

progressão de seu quadro clínico e com a iminência de sua fase final de vida. O suporte social está correlacionado positivamente com o bem-estar espiritual, o que remete a questões como o sentido, relações, papel social e a própria existência. Haja visto que é necessário sensibilizar e capacitar os profissionais para boas práticas, reconhecendo os sofrimentos dos pacientes.<sup>30</sup> Haja visto a importância que os profissionais de saúde têm na influência sobre o estado de esperança dos pacientes, sendo que algumas comunicações desatentas podem abalar a esperança dos mesmos.<sup>23</sup>

### Necessidades espirituais de apoio familiar, perdão, crença e fé

Outro aspecto a ser levado em consideração é o que pode ser denominado como um processo de resolução e/ou encaminhamento de pendências de ordens diversas que preocupam o paciente, como questões materiais, familiares, rever mágoas e ressentimentos sob a ótica do perdão, o que lhe traz paz e tranquilidade, oferecendo flexibilidade para dias, horários e número de visitantes, garantindo assim acolhimento necessário para este momento. Destaca-se ainda, a importância do suporte social por familiares, amigos, membros da igreja e/ou colegas de trabalho, recebendo encorajamento para aliviar as angústias e possibilitando a partilha de experiências.<sup>20,21</sup>

A esfera religiosa, parte integrante da espiritualidade, tem um importante papel de suporte para o enfrentamento aos desafios ocasionados pela progressão da doença. A igreja/templo é vista como um lugar de refúgio e tranquilidade para a maioria dos pacientes,<sup>22</sup> utilizando estratégias de enfrentamento que reforçam a confiança e o processo de aceitação da doença, proporcionando novas condições de lidar com as descobertas que fazem de si.<sup>24</sup>

### Limitações, potenciais do trabalho e perspectivas futuras

Este trabalho visou a avaliação da espiritualidade em pacientes com cardiopatia avançada em fase final da doença, o que torna esse trabalho altamente específico.

Há uma grande heterogeneidade quanto aos conceitos "espiritualidade", "religiosidade" e "bem-estar espiritual", entre outros, assim como seus diferentes usos e aplicações no cotidiano dificultam as comparações entre os estudos. As religiões, sabidamente muito influentes nas vidas de grande parte da população, não foram internamente valorizadas na maioria dos estudos, ficando as conclusões predominantemente relacionadas à espiritualidade, no seu significado mais amplo, com limitação de inferência do impacto específico da religião neste contexto de doença. A não representatividade de outros países e culturas restringe a avaliação de forma mais ampla, o que permitiria diversificar o cenário de avaliações.

Apesar do intuito de avaliar a integração dos CP neste momento específico de doença, no que concerne a dimensão da espiritualidade, foi observado que os estudos não explicitam os conceitos e abordagens de CP nem os utilizam em suas metodologias. Contudo, entende-se que ao tratarem dos sofrimentos humanos em suas diversas dimensões frente a uma doença ameaçadora de vida e também, por diversas vezes, avaliarem o impacto em familiares e pessoas próximas, estão indiretamente abordando a temática de CP.

Entendendo a doença cardíaca como uma patologia altamente prevalente, com impacto universal, evidenciou-se que há uma carência de trabalhos que reflitam o real cenário do impacto da espiritualidade nos CP oferecidos a pacientes com cardiopatias avançadas. Apesar da maioria dos estudos analisados serem descritivos, resta ainda uma necessidade de melhor caracterização de diversos aspectos que permeiam a experiência espiritual e religiosa no contexto da cardiopatia avançada. Em especial, é de fundamental necessidade de que estudos prospectivos como propostas de intervenção sejam desenvolvidos, não apenas no processo de reconhecimento de suas necessidades de pacientes e familiares, mas também de estratégias terapêuticas que favoreçam a melhor assistência e promovam QV e bem-estar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A palavra espiritualidade (*spiritus*), significa sopro, aquilo que anima a vida, podendo ser compreendida como um modo de ser e sentir a vida com consciência. Ou seja, no contexto do adoecimento cuidar da espiritualidade é também garantir um espaço de produção de mudanças, buscando um novo sentido para as limitações que se impõe. O sentido da vida carrega em si o sentido que é dado à morte. Cuidar da travessia é internalizar uma compreensão esperançosa da morte. É cultivar o desejo do infinito, impedindo que ele se identifique com os objetos finitos.

Tanto a espiritualidade quanto a religiosidade desempenham papéis importantes na vida dos pacientes com

doença cardíaca, em especial na fase avançada de doença, porém muitas dessas necessidades não são reconhecidas na prática clínica. A adequada abordagem destes sofrimentos e sua integração com os outros domínios do sofrimento podem auxiliar no cuidado aos pacientes com cardiopatia avançada. A forma como cada paciente lida com sua própria espiritualidade deve ser valorizada e as estratégias de intervenção devidamente individualizadas, uma vez que cada um vivencia esse momento de importante fragilidade de modo singular. Desde modo, serão necessários mais estudos com pacientes com cardiopatia avançada, avaliando a dimensão espiritual do sofrimento e integrando as práticas e propostas de abordagem de CP, auxiliando assim os profissionais a não somente reconhecerem melhor as necessidades destes pacientes, mas também proporcionar-lhes meios de melhor controle de seus sofrimentos.

Em essência, somos tecidos pela arte do cuidar... Podemos proporcionar um olhar gentil para o sintoma, acolhendo-o a partir da singularidade de cada sujeito e suas inter-relações, religando o saber ao SER, o existencial ao sagrado!

## CONFLITOS DE INTERESSE

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

## REFERÊNCIAS

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200.
2. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey Jr DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62(16):e147-e239.
3. Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;4(3):198-206.
4. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, Yamashita TE, Hutt E, Gottlieb SH, et al. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: A comparison of heart failure and advanced cancer patients. *J Gen Intern Med*. 2009;24(5):592-8.
5. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. DATASUS. Informações em Saúde (TABNET). Disponível em : [www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br)
6. Setoguchi S, Stevenson LW. Hospitalizations in patients with heart failure: who and why. *J Am Coll Cardiol*. 2009;54(18):1703-05.
7. Goodlin SJ, Hauptman PJ, Arnold R, Grady K, Hershberger RE, Kutner J, et al. Consensus statement: Palliative and supportive care in advanced heart failure. *J Card Fail*. 2004;10(3):200-209.
8. Hupcey JE, Penrod J, Fenstermacher K. Review article: a model of palliative care for heart failure. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009;26(5):399-404.
9. Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5<sup>th</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.
10. Allen LA, Stevenson LW, Grady KL, Goldstein NE, Matlock DD, Arnold RM, et al. Decision making in advanced heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(15):1928-1952.
11. Clark CC, Hunter J. Spirituality, Spiritual Well-Being, and Spiritual Coping in Advanced Heart Failure: Review of the Literature. *J Holist Nurs*. 2019;37(1): 56-73.
12. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;2012:278730.
13. 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.
14. Hospice W, Alliance PC. Global Atlas on Palliative Care at the End of Life. London: World Hospice and Palliative Care Alliance. 2014.
15. Chan KY, Lau VW, Cheung KC, Chang RS, Chan ML. Reduction of psycho-spiritual distress of an elderly with advanced congestive heart failure by life review interview in a palliative care day center. *SAGE Open Med Case Rep*. 2016;4:2050313X16665998.
16. Steinhilber KE, Alexander S, Olsen MK, Stechuchak KM, Zervakis J, Ammarell N, et al. Addressing Patient Emotional and Existential Needs During Serious Illness: Results of the Outlook Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(6):898-908.
17. Lum HD, Carey EP, Fairclough D, Plomondon ME, Hutt E, Rumsfeld JS, et al. Burdensome Physical and Depressive Symptoms Predict Heart Failure-Specific Health Status Over One Year. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):963-970.

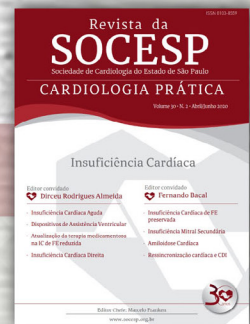
18. Park CL, Sacco SJ. Heart failure patients' desires for spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: relations with well-being and health-related quality of life. *Psychol Health Med.* 2017;22(9):1011-20.
19. Gordon NA, O'Riordan DL, Dracup KA, De Marco T, Pantilat SZ. Let Us Talk About It: Heart Failure Patients' Preferences Toward Discussions about Prognosis, Advance Care Planning, and Spiritual Support. *J Palliat Med.* 2017; 20(1):79-83.
20. Kimani KN, Murray SA, Grant L. Multidimensional needs of patients living and dying with heart failure in Kenya: a serial interview study. *BMC Palliat Care.* 2018;17(1):28.
21. Boucher NA, Steinhauer KE, Johnson KS. Older, Seriously Ill Veterans' Views on the Role of Religion and Spirituality in Health-Care Delivery. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018;35(7):921-8.
22. Kimani KN, Murray SA, Grant L. Spiritual issues of people living and dying with advanced heart failure in Kenya: a qualitative serial interview study. *BMJ Global Health.* 2016;1:e000077.
23. Ross L, Austin J. Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers. *J Nurs Manag.* 2015;23(1):87-95.
24. Mangolian-Shahrbabaki P, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. **Spirituality: A Panacea for Patients Coping with Heart Failure.** *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2017;5(1):38-48.
25. Carbonari K, Seabra CR. Cuidado Paliativo: a delicadeza do olhar em equipe. In: *Psico-oncologia: assistência humanizada e qualidade de vida.* São Paulo: Comenius. 2013.
26. Murray SA, Kendall M, Grant E, Boyd K, Barclay S, Sheikh A. Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 34(4): 393-402.
27. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med.* 2007; 22(4): 470-77.
28. Gusick GM. The contribution of depression and spirituality to symptom burden in chronic heart failure. *Arch Psychiatr Nurs.* 2008; 22(1):53-5.
29. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med.* 2004; 18: 39-45.
30. Sacco SJ, Park CL, Suresh DP, Bliss D. Living with heart failure: Psychosocial resources, meaning, gratitude and well-being. *Heart Lung.* 2014; 43(3): 213-8.



# Benefícios Associados

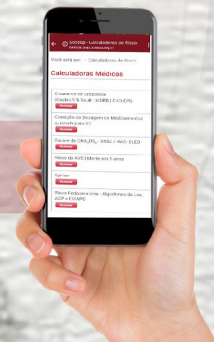
Em nossa plataforma você encontrará

*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/](http://socesp.org.br/web-socesp/)





American  
Heart  
Association

AUTHORIZED  
TRAINING  
CENTRE

## Confira nossos cursos através do site!

[www.socesp.org.br/centro-treinamento-socesp](http://www.socesp.org.br/centro-treinamento-socesp)



**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**