

Universidade Federal do Maranhão  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde  
**Mestrado Acadêmico**

**IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA  
ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES AMBULATORIAIS COM INSUFICIÊNCIA  
CARDÍACA**

KALINE SILVA AZEVEDO

São Luís

2022

KALINE SILVA AZEVEDO

**IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA  
ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE  
PACIENTES AMBULATORIAIS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão, como requisito avaliativo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Albuquerque de Figueredo Neto  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Rosângela Maria Lopes de Sousa

São Luís

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Azevedo, Kaline Silva.

IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA ADESÃO  
AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES  
AMBULATORIAIS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA / Kaline Silva  
Azevedo. - 2022.

82 p.

Coorientador(a): Rosângela Maria Lopes de Sousa.

Orientador(a): José Albuquerque de Figueredo Neto.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Ciências da Saúde/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,  
SÃO LUÍS, 2022.

1. Adesão ao tratamento. 2. Espiritualidade. 3.  
Insuficiência cardíaca. 4. Qualidade de vida. 5.  
Religiosidade. I. Figueredo Neto, José Albuquerque de.  
II. Lopes de Sousa, Rosângela Maria. III. Título.

KALINE SILVA AZEVEDO

**IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA ADESÃO AO  
TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES AMBULATORIAIS  
COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão, como requisito avaliativo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em        /        /

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Presidente)  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cláudia Gonçalves (Avaliador Externo)  
Universidade CEUMA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Catarina Malcher Teixeira (Avaliador Interno)  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Flávia Lima Teles da Hora (Memória)  
Universidade CEUMA

“Sobre tudo o que se deve guardar, guarda o teu coração, porque dele procedem as fontes da vida”

João Ferreira de Almeida.

Dedico esse trabalho a toda minha família em  
gratidão ao apoio em todos os momentos e aos  
amigos pelo estímulo e incentivo nessa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Após os primeiros anos da pandemia por COVID-19, agradeço a Deus por ter provido forças para superação das adversidades e dificuldades inerentes ao processo de estudo de uma pós-graduação.

Aos meus familiares pelo constante apoio e incentivo, vocês foram fundamentais para conclusão de cada etapa desse Mestrado. Em especial meus filhos Maria Júlia e João Miguel.

Ao meu respeitado orientador, Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto, a qual tenho admiração, pessoa responsável por ampliar os caminhos da pesquisa na minha vida.

À minha co-orientadora Profa. Dra. Rosângela Maria Lopes de Sousa que esteve comigo desde o início desse sonho, do projeto, aos seminários, as defesas, sempre disponível a contribuir e incentivar a busca pela conclusão dessa caminhada.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Flávia Lima Teles da Hora por sua inestimável colaboração na reta final desta pesquisa, pelo apoio e suporte técnico científico, pelo incentivo que garantiu as forças necessárias para continuar. Agradeço o cuidado e carinho.

Aos meus colegas de trabalho e docência, pelas trocas de ideias e sugestões para o desenvolvimento do trabalho, pelos momentos em que dividimos o desafio de seguirmos firmes na missão de educar, mesmo diante de tantas incertezas frente ao cenário pandêmico.

Aos meus amigos congregacionais, por me incentivarem a terminar o mestrado, apesar das dificuldades.

As minhas companheiras de turma no Mestrado, Gleyca, Priscila, Aliny com quem pude compartilhar minhas dificuldades e tensões, e foram importantes nesse caminho.

As profissionais de saúde que me acompanharam no processo do diagnóstico, desta condição clínica a qual me encontro hoje, que me incentivaram a continuar com os projetos científicos.

À Coordenação do curso, na pessoa da Profª. Drª. Ana Paula Silva de Azevedo dos Santos pela postura empática e acolhedora, pelas orientações claras e éticas.

Agradeço a todos que diretamente e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.



## RESUMO

A Insuficiência Cardíaca (IC) constitui-se um grave problema de saúde pública global. Estima-se que no mundo, 64,3 milhões de pessoas vivenciam essa condição crônica. Estudos apontam que a prevalência da IC nos países de primeiro mundo é cerca de 1% a 2% da população adulta geral. No Brasil, 01 em cada 05 pessoas desenvolverá (IC), sendo esta a responsável mais comum de hospitalização de pessoas acima dos 65 anos. Mesmo com os importantes progressos na clínica e tratamento da IC, esta condição ainda é desafiadora em virtude de todo o desconforto físico, emocional, social, fruto das limitações que desencadeia, e alteração dos hábitos de vida necessários para manter a qualidade de vida. Diante desta realidade, estudos têm apontado o aumento do número de pesquisas que buscam avaliar as influências da espiritualidade na maneira do indivíduo lidar com sua saúde física e mental. A qualidade de vida é um aspecto importante da vida do paciente com IC. Esta pesquisa buscou avaliar a espiritualidade/religiosidade e adesão ao tratamento e qualidade de vida em pacientes ambulatoriais com IC em São Luís- MA. Trata-se de um estudo analítico transversal, realizado nas dependências do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca, situado na Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na cidade de São Luís-MA, com 42 pacientes maiores de 18 anos, diagnosticados com IC com classificação funcional entre I e IV, com atendimento no referido ambulatório de no mínimo de 03 meses. Foram utilizados cinco instrumentos validados no Brasil que permitem verificar três aspectos: adesão ao tratamento, qualidade de vida e grau de espiritualidade e religiosidade do paciente. Com a extração da média dos scores dos instrumentos e a suas análises, estimou-se a prevalência de espiritualidade e religiosidade, qualidade de vida e adesão ao tratamento da amostra estudada. O estudo revelou estar presente na vivência dos pacientes uma prática religiosa organizada e uma religiosidade intrínseca forte. Quanto aos aspectos relacionados a adesão ao tratamento, os pacientes apresentaram uma média positiva de adesão.

**Palavras-chave:** Espiritualidade; Religiosidade; Qualidade de Vida, Adesão ao Tratamento, Insuficiência Cardíaca.

## ABSTRACT

Heart Failure (HF) is a serious global public health problem. It is estimated that 64.3 million people worldwide experience this chronic condition. Studies indicate that the prevalence of HF in first world countries is around 1% to 2% of the general adult population. In Brazil, 01 in 05 people will develop Heart Failure (HF), which is the most common responsible for hospitalization of people over 65 years old. Even with the important progress in the clinic and treatment of HF, this condition is still challenging due to all the physical, emotional and social discomfort, as a result of the limitations it triggers, and changes in life habits necessary to maintain quality of life. Given this reality, studies have pointed to an increase in the number of studies that seek to assess the influences of spirituality in the way individuals deal with their physical and mental health. Quality of life is an important aspect of the life of patients with HF. This research sought to evaluate spirituality/religiosity and adherence to treatment and quality of life in outpatients with HF in São Luís-MA. This is a cross-sectional analytical study, carried out in the premises of the Heart Failure Outpatient Clinic, located in the Maternal and Child Unit of the University Hospital of the Federal University of Maranhão, in the city of São Luís-MA, with 42 patients over 18 years of age, diagnosed with IC with functional classification between I and IV, with care at the aforementioned outpatient clinic for at least 03 months. Five instruments validated in Brazil were used to verify three aspects: adherence to treatment, quality of life and the patient's degree of spirituality and religiosity. With the extraction of the average of the scores of the instruments and their analyses, the prevalence of spirituality and religiosity, quality of life and adherence to treatment of the studied sample were estimated. The study revealed that an organized religious practice and a strong intrinsic religiosity. As for aspects related to treatment adherence, patients showed a positive mean of adherence.

**Keywords:** Spirituality; Religiosity; Quality of life, Treatment adherence, Heart failure

## LISTA DE SIGLAS

IC	Insuficiência Cardíaca
OMS	Organização Mundial da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Fração de ejeção do ventrículo esquerdo
ICFEP	Fração de ejeção preservada
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
RO	Religiosidade organizacional
RNO	Religiosidade não organizacional
RI	Religiosidade intrínseca

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Internações por Região/Unidade da Federação e Ano processamento –Lista Morb CID-10: Insuficiência cardíaca - Período: 2018 – 2020
- Figura 2-** Maranhão - Internações por Faixa Etária 1 e Ano processamento
- Figura 3-** Valor serviços hospitalares por Região e Ano processamento – Lista Morb CID-10: Insuficiência cardíaca
- Figura 4-** Classificação Funcional e Estágios por tempo de Progressão da IC

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Perfil Sociodemográfico dos Participantes Ambulatorias com Insuficiência Cardíaca São Luís/MA
- Tabela 2** Autorrelato da frequência à igrejas, templos, cultos (RO)?
- Tabela 3** Autorrelato da frequência com que se dedica a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos (RNO)?
- Tabela 4** Autorrelato do sentimento da presença de Deus (ou do Espírito Santo) (RI)
- Tabela 5** Autorrelato das crenças religiosas como amágo da maneira de viver (RI).
- Tabela 6** Perspectiva de abrangência da vivência da religião em todos os aspectos da vida
- Tabela 7** Estatística Descritiva dos Scores dos Instrumentos
- Tabela 8** Correlações dos Instrumentos com os Scores da Adesão (REMADHE)
- Tabela 9** Correlações dos Instrumentos com os Scores do Minesota

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	10
<b>2.1 Insuficiência Cardíaca (IC)</b> .....	10
<b>2.2 Adesão ao Tratamento</b> .....	15
<b>2.3 Qualidade de Vida</b> .....	18
<b>2.4 Religiosidade e Espiritualidade</b> .....	19
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	23
<b>3.1 Objetivo Geral</b> .....	23
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	23
<b>4 MÉTODO</b> .....	24
<b>5 RESULTADOS</b> .....	28
<b>5.1 Capítulo I – Artigo</b> .....	28
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	49
REFERÊNCIAS .....	50
ANEXOS .....	58
APÊNDICES .....	70

## 1. INTRODUÇÃO

No mundo, 64,3 milhões de pessoas vivenciam a rotina de conviver com os impactos de uma condição crônica chamada Insuficiência Cardíaca (IC). Estudos apontam que a prevalência da (IC) nos países de primeiro mundo é cerca de 1% a 2% da população adulta geral, representando um custo anual de cerca de 40 bilhões de dólares para a economia global (PUBLIC HEALTH WALES, 2019). No Brasil, a IC é responsável por cerca de 1 milhão de internações no Sistema Único de Saúde a cada ano (RODHE, 2018; ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, 2022).

A IC é uma síndrome complexa, que se caracteriza pela falha na capacidade do coração em bombear satisfatoriamente o sangue para as necessidades metabólicas dos tecidos. Esta síndrome expõe alto grau de morbidade e mortalidade, afetando diretamente a qualidade de vida de seus portadores (ZIAEIAN; FONAROW, 2016).

Por ser uma síndrome complexa, a IC tem diversas classificações, que abordam desde a complexidade e gravidade dos sintomas até a progressão da doença. A complexidade da doença requer uma terapêutica ampla e articulada, associando múltiplos fármacos à mudança de hábitos e conhecimento regular da doença (SOUZA et al., 2017)

Para eficácia da terapêutica, o processo de adesão ao tratamento é um fator preponderante no curso da IC e precisa ser sempre considerado. O paciente, que consegue entender e cumprir a terapêutica proposta tem menos chance de descompensação e reinternações, repercutindo este fato diretamente na Qualidade de vida (QV) do paciente (ABU et al., 2018).

A inclusão do conceito de Qualidade de Vida (QV) como medição de saúde tem sido importante para a Medicina, pois permite a extensão dos anos de vida do ser humano. O impacto da QV em homens e mulheres acarreta inúmeras particularidades, tanto orgânicas quanto psicológicas, e sua mensuração pode ser benéfica no sentido de aperfeiçoar o atendimento multiprofissional preconizado nas clínicas de IC. A IC determina uma redução na QV de seus portadores, outrossim esta influência depende intimamente do sujeito e de suas características individuais (SOUSA et al., 2017).

Aspectos clínicos como comorbidades normalmente associadas à IC são importantes aspectos a serem abordados. As condições socioeconômicas, aspectos

psicológicos e grau de escolaridade são outros fatores que têm influência na adesão ao tratamento e que devem ser considerados. Contudo, os dados da abordagem dessas questões em grandes coortes, acompanhados em clínicas especializadas em IC continuam escassos (ALVAREZ et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1998) acrescentou a dimensão espiritual a seu conceito multidisciplinar de qualidade de vida, quando, anteriormente, restringia este conceito a apenas as dimensões física, social e mental (apud MOREIRA-ALMEIDA A, LUCCHETTI, 2016).

A medicina ocidental por muitos anos pontuou os conceitos mecanicistas e dualistas da ciência, em que o distanciamento com os fenômenos não materiais ou transcendentais eram analisados sob uma ótica sempre negativa, não permitindo o estudo da aproximação da espiritualidade/religiosidade quanto ao processo de adoecimento e saúde. Entretanto, principalmente a partir da década de 90, esse cenário tem sido repensado, sendo identificado um aumento das produções científicas que abordam a temática espiritualidade/religiosidade e sua influência nos diversos aspectos da vida humana (SILVA et al., 2016).

Em uma busca no ano de 2020, no banco de dados da PubMed, sobre religiosidade e espiritualidade, foram alistados 10.159 estudos ao termo “spirituality” e para “religion” 65.271. Há muitas pesquisas que apontam os benefícios à saúde, física e mental, da prática religiosa ou da espiritualidade, bem como seu impacto positivo na qualidade de vida.

Essa discussão tem sido levantada fortemente no contexto dos cuidados paliativos e do câncer, mas há muito poucos dados disponíveis sobre a espiritualidade associada a uma condição crônica e prevalente, como no caso de Insuficiência Cardíaca (IC) (ALVAREZ et al., 2016).

Koenig e Bussing (2010) definem espiritualidade como o processo de busca pessoal pela compreensão de respostas para as perguntas basilares sobre a vida, o significado e a relação com o sagrado ou o transcendente que pode (ou não) ensejar a originar-se do desenvolvimento de rituais religiosos e da formação da comunidade. Por religiosidade, os autores entendem como a forma e a intensidade com as quais o indivíduo segue, crê e pratica uma religião.

Este trabalho buscou avaliar os impactos da religiosidade e espiritualidade



na qualidade de vida e adesão ao tratamento do paciente com IC. No que se refere a QV, autores como (WESTLAKE; DRACUP, 2001; ABU, et al.,2018) apontam que a espiritualidade pode influenciar a maneira com que pacientes com IC lidam com sua síndrome, tendo impacto consequente no status funcional, de saúde e na QV. O estudo de Alvarez et al., (2016) foi um projeto base para esse trabalho, que serviu de estímulo para que esta pesquisa fosse realizada na realidade do Maranhão.

Destarte, nasceu esta pesquisa, que visa avaliar os impactos da espiritualidade e religiosidade, na adesão ao tratamento e qualidade de vida de pacientes ambulatoriais com Insuficiência cardíaca em São Luís -MA, com o objetivo de possibilitar a ampliação das pesquisas e dos parâmetros de avaliação em saúde que vão além da morbimortalidade.

Esta pesquisa tem relevância para a comunidade acadêmica e médica que atua diretamente com pacientes com IC, tendo em vista que a manutenção da vida do paciente, com qualidade e independência, é o objetivo primordial na tratativa desta síndrome e a espiritualidade por vezes tem sido um fator protetivo e “uma aliada no enfrentamento do processo doença-saúde-cuidado” (SIQUEIRA et al., 2017, p. 2997).

Os dados supramencionados demonstram como a IC é uma doença prevalente e incapacitante para quem a possui, bem como o número de estudos que abordam a Qualidade de vida (QV) e o constructo da espiritualidade no paciente com esta síndrome é discreto; sendo assim, os estudos no Estado do Maranhão são raros e escassos, revelando a importância social dos resultados alcançados com esta investigação.

A possibilidade de discutir esta temática numa sociedade eminentemente religiosa, como a sociedade maranhense, é fundamental, considerando-se que no último censo brasileiro, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), os maranhenses, em sua maioria, declararam-se religiosos de diferentes seguimentos, a saber, evangélicos tradicionais, pentecostais, neo-pentecostais, judeus, budistas, espíritas, católicos; mulçumanos, messiânicos, Testemunhas de Jeová, das religiões tradicionais africanas, como candomblé, umbanda, tambor de mina, entre outros.

Desta maneira esta pesquisa tenta responder aos seguintes questionamentos: Pacientes com IC e uma vivência religiosa e/ou espiritualizada

aderem melhor ao tratamento? Existe relação entre QV, aderência ao tratamento e religiosidade e espiritualidade? A vivência da espiritualidade em pacientes com IC amplia os marcadores de qualidade de vida destes?

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. A Insuficiência cardíaca**

Quando pensamos em doenças cardiovasculares logo surgem sentimentos de medo e anseio pela própria vida, por se tratar de um órgão central e fundamental para manutenção do bombeamento do sangue a todos os órgãos do corpo, o coração é tido como grande responsável por manter o corpo humano em estado de vida. A IC reflete a incapacidade do coração de bombear sangue ao organismo, caracterizando-se como o estado de alterações funcionais em que o coração é incapaz de bombear sangue em quantidade suficiente para o organismo ou o faz por meio de elevadas pressões de enchimento (TORRES, et al 2015).

Em março de 2021, a Sociedade Japonesa de Insuficiência Cardíaca, a Sociedade de Insuficiência Cardíaca da América e a Associação de Insuficiência Cardíaca da Sociedade Europeia de Cardiologia apontaram nova definição para a IC (SBC, 2021). Conforme esta nova definição, a IC é entendida como “uma síndrome clínica com sinais e sintomas causados por uma anormalidade cardíaca funcional ou estrutural e corroborada por elevação dos peptídeos natriuréticos (PN) e/ou evidência de congestão pulmonar ou sistêmica” (p. 2)

No mundo a prevalência da IC é de estimadamente 64,3 milhões de pacientes e a incidência anual é de 2 milhões de casos. O número de casos tem se expandido entre outros fatores, devido ao envelhecimento populacional, ampliação da expectativa de vida, do maior número de doentes sobreviventes pós-IAM e o alongamento do tempo de vida de sujeitos com doenças cardiovasculares crônicas, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo uma doença muito presente em pessoas com idade superior a 60 anos. Em indivíduos com idade superior ou igual a 85 anos essa prevalência chega a 17,4% (ZIAEIAN; FONAROW, 2016).

As particularidades econômicas, sociais e culturais dos países da América Latina, apontam para uma distinção no perfil clínico do paciente com IC. Os investimentos deficitários na saúde pública, o acesso escasso à assistência em níveis

primários e terciários são importantes aspectos de risco que como resultado propiciam o desenvolvimento da Insuficiência Cardíaca (BOCCHI et al., 2013).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia alerta para o alto índice de internações e mortes de pacientes com IC no Brasil. O departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS aponta que mais de meio milhão de internações hospitalares por IC foram registradas nas diferentes regiões do país, entre os anos de 2018 a 2020. Na figura abaixo estão registrados os números de internações por estados e por regiões.

**Figura 1.** Internações por Região/Unidade da Federação e Ano processamento - Lista Morb CID-10: Insuficiência cardíaca - Período: 2018 – 2020.

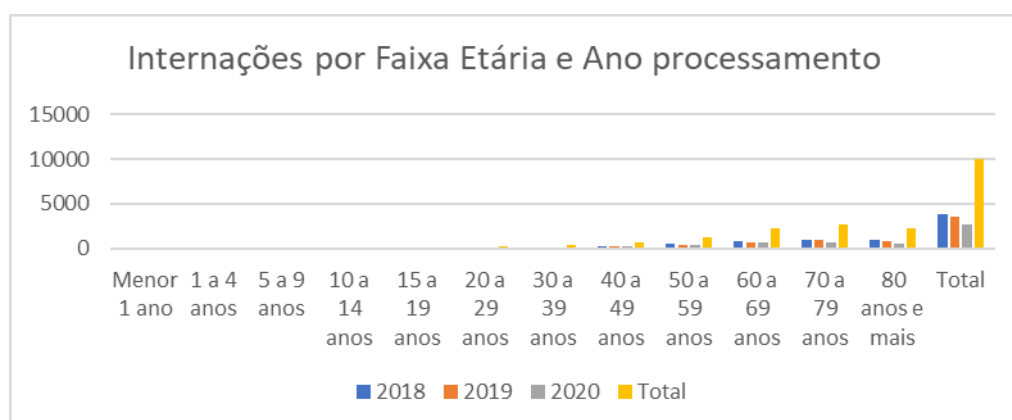
REGIÃO/UNIDADE FEDERAÇÃO	ANOS			
	2018	2019	2020	Total
<b>Região Norte</b>	11189	11196	8972	<b>31357</b>
.. Rondônia	1666	1495	1540	<b>4701</b>
.. Acre	418	317	203	<b>938</b>
.. Amazonas	2625	2807	2100	<b>7532</b>
.. Roraima	379	400	312	<b>1091</b>
.. Pará	4843	4819	3610	<b>13272</b>
.. Amapá	233	267	205	<b>705</b>
.. Tocantins	1025	1091	1002	<b>3118</b>
<b>Região Nordeste</b>	45657	45063	34993	<b>125713</b>
.. Maranhão	3799	3543	2618	<b>9960</b>
.. Piauí	4335	4251	3539	<b>12125</b>
.. Ceará	7030	6833	5156	<b>19019</b>
.. Rio Grande do Norte	1373	1373	1128	<b>3874</b>
.. Paraíba	2817	2733	1905	<b>7455</b>
.. Pernambuco	8904	8629	6583	<b>24116</b>
.. Alagoas	2439	2629	1513	<b>6581</b>
.. Sergipe	832	879	668	<b>2379</b>
.. Bahia	14128	14193	11883	<b>40204</b>
<b>Região Sudeste</b>	82084	82194	72628	<b>236906</b>
.. Minas Gerais	30140	30016	27036	<b>87192</b>
.. Espírito Santo	3393	3338	2957	<b>9688</b>
.. Rio de Janeiro	9999	9997	8175	<b>28171</b>
.. São Paulo	38552	38843	34460	<b>111855</b>
<b>Região Sul</b>	47366	47935	41401	<b>136702</b>
.. Paraná	22350	22716	19604	<b>64670</b>
.. Santa Catarina	9110	9051	7055	<b>25216</b>
.. Rio Grande do Sul	15906	16168	14742	<b>46816</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>	14537	13456	11546	<b>39539</b>
.. Mato Grosso do Sul	2437	2515	2230	<b>7182</b>
.. Mato Grosso	3774	3255	2856	<b>9885</b>
.. Goiás	5852	5589	4907	<b>16348</b>

.. Distrito Federal	2474	2097	1553	<b>6124</b>
<b>Total</b>	200833	199844	169540	<b>570217</b>

(Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS))

No Estado do Maranhão entre os anos 2018 a 2020 o total de internações de pacientes com IC com idade entre zero a 80 anos representou 9960 internações hospitalares. Para melhor compreensão é possível observar a figura a seguir:

**Figura 2.** Maranhão - Internações por Faixa Etária 1 e Ano processamento



(Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS))

Esse índice de internação se reflete diretamente nos custos atribuídos aos serviços hospitalares destinados ao tratamento da IC. A tabela a seguir expõe os valores em reais aplicados ao pagamento das despesas com internações hospitalares por região entre os anos 2018 a 2020. O ano de 2020 aparece com queda nos valores em todas as regiões, dado relacionado ao número de internações por COVID-19.

**Figura 3.** Valor serviços hospitalares por Região e Ano processamento – Lista Morb CID-10: Insuficiência cardíaca

Região	2018	2019	2020	Total
Região Norte	14890349,01	14922127,04	13077515,08	<b>42889991,13</b>
<b>Região Nordeste</b>	<b>63276426,43</b>	<b>64897457,05</b>	<b>55057332,15</b>	<b>183231215,6</b>
Região Sudeste	129339691,2	134000303,4	127955130	<b>391295124,6</b>
Região Sul	72384094,13	80185340,06	71964922,47	<b>224534356,7</b>
Região Centro-Oeste	27359198,62	24815610,31	23001197,26	<b>75176006,19</b>
<b>Total</b>	<b>307249759,4</b>	<b>318820837,9</b>	<b>291056096,9</b>	<b>917126694,2</b>

(Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS))

Em 2019, avaliando-se as causas de internação em diferentes idades no Brasil, a IC ocupa a 10ª posição em causas de internação e, em indivíduos com mais

de 65 anos, ocupa a 5ª posição (CANESIN et al., 2021). Mesmo com os importantes progressos na clínica e tratamento da IC, esta síndrome ainda é desafiadora. De acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018), após cinco anos do diagnóstico 35% dos pacientes vem a óbito.

Os principais sintomas e sinais da IC são dispneia, ortopneia, cansaço e edemas. A fadiga na IC esta associada a limitações para manter a vida com autonomia. A expressão “insuficiência cardíaca crônica” reflete a natureza progressiva e persistente da doença, enquanto “insuficiência cardíaca aguda” fica reservada para alterações rápidas de sinais e sintomas resultando em necessidade de terapia urgente (PONIKOWSKI et al., 2016).

A IC é definida ou classificada de acordo com a fração de ejeção, tempo e progressão da doença e gravidade dos sintomas baseado na classificação funcional da New York Heart Association (NYHA), que se baseia no grau de tolerância ao exercício, variando desde a não sintomatologia até a presença de sintomas ainda que em repouso (ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 2018).

Quanto à classificação por fração de ejeção, esta se baseia na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). No que concerne aos pacientes que apresentam FEVE normal ( $\geq 50\%$ ), denomina-se IC com fração de ejeção preservada (ICFEp), e aqueles com FEVE reduzida ( $< 40\%$ ), denomina-se IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr) (ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 2018).

No que se refere ao tempo e progressão da doença, a American College of Cardiology/American Heart Association ACC/AHA (2021) classifica a IC por estágios, que vão desde a possibilidade de o paciente desenvolver a doença, quanto aos sujeitos com agravamento da doença, que exigem terapias exclusivas, transplante, entre outros. (EZEKOWITZ; O'MEARA; MCDONALD, 2017).

A figura seguir auxilia no processo de compreensão do quadro de classificação dos estágios e classes funcionais da IC.

**Figura 4.** Classificação funcional da NYHA e Classificação por tempo de progressão estágios da AHA

Classe Funcional (NYHA)	Descrição	Estágios da IC (AHA)	Descrição
-------------------------	-----------	----------------------	-----------

<b>Classe I</b>	Ausência de limitações nas atividades físicas usuais.	<b>Estágio A</b>	Estágio que precede o surgimento dos sintomas. São os fatores de riscos já presentes.
<b>Classe II</b>	Limitação moderada à atividade física, estando confortável em repouso.	<b>Estágio B</b>	Pacientes com doença cardíaca estrutural, mas sem sintomas da IC.
<b>Classe III</b>	Limita significativamente o paciente em sua atividade física diária, apesar de permanecer confortável em repouso.	<b>Estágio C</b>	Pacientes com lesão estrutural cardíaca, com sintomas atuais ou prévios da IC.
<b>Classe IV</b>	Desconforto para realizar qualquer atividade física e os sintomas estão presentes até mesmo quando em repouso	<b>Estágio D</b>	Pacientes com lesão estrutural cardíaca, com sintomas refratários ao tratamento convencional.

(Fonte: ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 2018)

As etiologias da IC diferem de acordo com as regiões do mundo. As principais etiologias da IC no Brasil, apontadas pelo estudo BREATHE, são a isquêmica, hipertensiva, doença de chagas, alcohólica, valvar, miocardites, entre outras (ALBUQUERQUE et al., 2015).

A IC é uma via final comum a todas as doenças cardiovasculares. Como um denominador comum a todas as adversidades que acometem o coração, este é um tema que deve permear a prática profissional na Atenção Primária em Saúde (COSTA et al., 2017).

O trabalho na atenção primária deve ser fortalecido para que seja possível trabalhar as pessoas em fase pré-IC ou pessoas que têm risco para IC. A identificação precoce, o olhar para a prevenção evita que pessoas venham a óbito em poucos anos.

O serviço com as equipes de saúde, médicos cardiologistas, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, educadores físicos e fisioterapeutas deve possibilitar uma nova caminhada ao paciente. Uma tratativa baseada em evidências científicas e com suporte das tecnologias médicas, a qual possibilite um visão integrada da assistência.

## 2.2. Adesão ao tratamento

A assistência ao paciente com IC abrange a prescrição, reavaliação e aprimoramento dos medicamentos, bem como o acesso ao transplante, serviços de reabilitação cardíaca; atenção pós-alta; acompanhamento dos fatores de riscos, sintomas, comorbidades; informação sobre o tratamento; educação para o autocuidado e suporte psicossocial (MANTOVANI et al., 2015).

O principal objetivo do tratamento da IC é o aumento da sobrevida, porém outros desfechos também são importantes, entre eles: melhora da capacidade de exercício e da QV (ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA, 2018).

É de suma importância que a terapêutica seja iniciada o mais precocemente possível, a fim de identificar e corrigir os fatores causais e desencadeantes do processo. É imprescindível levar-se em conta a natureza da condição de base, o tempo de progressão, presença de doença associada, idade, ocupação, personalidade, estilo de vida, estrutura familiar, capacidade de motivação e cooperação por parte do doente (CANESIN et al., 2021).

Os pacientes com IC são submetidos a uma terapêutica que inclui dois componentes fundamentais: o tratamento farmacológico e intervenções para mudanças de estilo de vida. Neste aspecto, esses componentes podem ser critérios potencializadores ou não da eficácia do tratamento (WIDIMAEIR et al., 2017).

Segundo Cruz (2017), a inquietação com a adesão ao tratamento foi iniciado há muito tempo. Com o desenrolar da era industrial dos fármacos, o consumo das mais diversas drogas farmacêuticas sofreu expressivo crescimento. Nos tempos atuais, o medicamento se tornou um aspecto essencial de saúde pública, tendo em vista que uma parcela importante da população ao redor do mundo necessita tomar medicamentos para as mais diversas patologias.

Para Organização Mundial de Saúde (2016) a adesão ao tratamento é o nível de conformidade entre o comportamento do paciente e a instrução médica. Importante discutir que este conceito precisa direcionar a uma relação colaborativa entre profissional e paciente, como ponto importante na tomada de decisões sobre o tratamento.

Múltiplas conceituações para adesão ao tratamento foram propostas e

levantadas pela comunidade científica e de profissionais da saúde, ao longo das décadas de 1970, 1980 e 1990. São exemplos o termo *compliance*, muito discutido entre os anos de 70 e 80. Contudo, logo emergiu a nomenclatura *concordance*, que, apesar de buscar um alargamento da perspectiva da *compliance*, foi substituída pelo termo *adherence* ou *cooperation* ao fim da década de 90. As conceituações atuais incluem e evidenciam a vontade do paciente em contribuir e colaborar ativamente com a sua terapêutica (CRUZ, 2017).

A adesão à terapêutica medicamentosa é um dos principais fatores para o uso racional de medicamentos. A adesão sofre influência dos fatores ligados a compreensão, adaptação e aceitação da terapêutica, e principalmente a confiança em quem prescreve o tratamento. Todavia, não é incomum a transferência única ao paciente pela incubência das falhas na adesão (UNVERZAGT et al., 2016).

A adesão ao tratamento é um processo comportamental, que exige uma fidelidade à terapêutica proposta. Este processo sofre colaboração direta da assistência técnica e profissional prestada ao paciente, assim como o meio no qual o paciente está inserido (ALVES et al., 2017)

A adesão ao tratamento com a regularidade da utilização dos medicamentos e as mudanças no modo de vida são imprescindíveis para o afastamento das chances de descompensação.

No estudo de Silva et al. (2015), um fator importante para uma melhor adesão ao tratamento é o apoio familiar, revelando que 88,5% dos pacientes do estudo viviam com a família. Diante dos dados, essa pesquisa destacou o suporte familiar como um preditivo de adesão adequada e, também, um fator que compromete o regime terapêutico complexo da IC, o relacionamento familiar difícil. A partir dos resultados, os autores analisaram que os pacientes que viviam com suas famílias e possuíam e também recebiam apoio e acompanhamento familiar, foram melhores nos scores de avaliação da IC.

No estudo realizado pelas autoras supracitadas, com pacientes com IC em acompanhamento domiciliar, são apresentados os benefícios da estratégia educacional para saúde, abrangendo o conhecimento da síndrome e autocuidado, referentes às instruções quanto à importância da atividade física, identificação precoce dos sinais e sintomas de descompensação, pesagem diária, entre outras



atitudes (MANTOVANI et al., 2015)

Afirmar que existe adesão à terapia medicamentosa é compreender que o paciente, além de utilizar os medicamentos, segue as recomendações dos profissionais que o acompanham, ou referentes à nutrição, ou a mudanças no estilo de vida (ALVES et al. 2017). Portanto, é fundamental compreender que, no curso da IC, trabalhar de forma multi e interdisciplinar com os pacientes, fortalecendo as estratégias de enfrentamento da doença e manutenção da qualidade de vida é um recurso importante, de que cada profissional deve lançar mão.

Entretanto, para Lopez et al., (2021) a baixa aderência ao tratamento estaria diretamente relacionada a aspectos de riscos como distúrbios psicológicos e/ou cognitivos, complexidade do tratamento, questões sócioeconômicas e especificidades da doença. Para estes autores, a baixa aderência é um valioso limitador para os pacientes, e, por consequência, provoca o aumento dos números de readmissões.

Um estudo realizado em pacientes com IC no Paraná, mostrou que a principal barreira para melhor adesão dos pacientes foi o descuido com o horário, seguido do esquecimento (ALVES et al., 2017). Mesmo com toda a atenção despendida à adesão ao tratamento por parte dos profissionais e pesquisadores, ainda assim a não adesão permanece como um problema crítico de saúde pública (CRUZ, 2017).

Segundo a literatura, verificou-se que a baixa adesão é a razão principal para o fracasso do tratamento. Logo, diferentes estratégias são pensadas pelas equipes médicas e de saúde para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes com IC e para isso diversos estudos têm discutido diferentes abordagens educacionais (SILVA et al., 2015).

### **2.3 Qualidade de vida**

Por ser um fator amplo e complexo, que relaciona particularidades físicas, sociais, econômicas, psicológicas e espirituais do indivíduo, é difícil consenso na definição de Qualidade de Vida (QV). A Organização Mundial de Saúde define QV como a maneira com que o indivíduo percebe sua vida, considerando suas necessidades, pensamentos, sentimentos e valores, bem como seu contexto cultural

e social. Os aspectos presentes no ambiente, no qual o indivíduo está inserido são relacionados a dimensões amplas como bem-estar físico, mental e social (OMS, 2016).

A QV apresenta três aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito à subjetividade, tendo em vista que o sujeito avalia este conceito a partir de sua perspectiva individual. O segundo, multidimensionalidade, por considerar diferentes dimensões da vida humana e o terceiro, a bipolaridade, que se refere aos polos positivos e negativos (SOUSA et al., 2017).

A OMS apresenta o conceito saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não unicamente a ausência da enfermidade. (FIGUEIREDO, 2014). Para esta organização de saúde, a religiosidade e a espiritualidade são dimensões importantes da qualidade de vida, sendo assim, as incluiu no rol de dimensões para QV, tal fato possibilitou que o grupo WhoQool desenvolvesse um instrumento de avaliação mais abrangente, voltado para a avaliação da Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais, o qual resultou no WhoQool SRPB (OMS, 2016).

Ressalte-se que esse movimento de inclusão da religiosidade e espiritualidade nas dimensões de QV foi fruto de um processo bem diferente do comum no meio acadêmico, que tem como premissa a expertise dos pesquisadores para elaboração e construção de instrumentos de investigação. Para tal processo de inclusão, foram considerados os discursos dos pacientes e pessoas sadias das comunidades (ZIMPEL; HEICKERT, 2019).

A Qualidade de vida dos pacientes com IC é diretamente afetada pela IC. Indivíduos acometidos por doenças crônicas precisam organiza-se às novas contingências e às modificações no seu estilo de vida, de maneira que consigam lidar com as limitações impostas pela patologia (CARVALHO et al., 2020).

Estes autores apontam ainda, que evidenciar o grau de Qualidade de vida em pacientes com IC e avaliar a proficuidade das estratégias terapêuticas relacionadas à QV são táticas primordiais, essencialmente em pacientes nos últimos estágios da doença (CARVALHO et al., 2020).

Em um estudo transversal realizado com 21 participantes com IC e 21 participantes saudáveis, com o objetivo de avaliar a relação entre qualidade de vida e

qualidade do sono, com a capacidade funcional de ambos os grupos de participantes, revelou que pacientes com IC quando comparados com pessoas saudáveis apresentam baixa qualidade de vida. Provavelmente, em decorrência dos participantes avaliados relatarem dispneia e fadiga intensa, características pertinentes a doença que implica diretamente na QV (OLIVEIRA et al., 2018).

Por ser um constructo que constantemente é amplamente associado à vivência do paciente com IC, é importante que ele seja evidenciado nas pesquisas acadêmicas. Entretanto, este é um aspecto cientificamente atrelado a perspectiva do mundo do trabalho, com definições variadas no contexto da saúde. Desta forma, a produção científica tende a citar a definição da OMS, como forma de padronizar a linguagem utilizada, este trabalho também seguirá como referência para análise e avaliação deste constructo, a definição da OMS.

No tópico a seguir, são abordados os conceitos de religiosidade e espiritualidade e a importância do estudo dessas dimensões na vida do paciente com IC, considerando-se que este trabalho propõe, também, a avaliação da relação da espiritualidade e religiosidade como um recurso de enfrentamento dos impactos da IC na vida dos sujeitos.

#### **2.4. Espiritualidade e religiosidade**

Ao visitar ambientes hospitalares e ambulatoriais, podem-se ver imagens religiosas, crucifixos nas paredes, escrituras consideradas sagradas e, até mesmo, espaços organizados como capelas. Além disso, frequentemente os pacientes relatam confiar em um poder com alcance além da medicina, demonstrando crenças de cunho religioso. Logo, não é difícil perceber como o universo espiritual e da religiosidade permeia os espaços de saúde e as instituições de tratamento.

Com o avanço da Ciência e como consequência o progresso da tecnologia, muitos acreditavam que a fé e as crenças religiosas perderiam espaço para a Ciência, tendo nesta todas as respostas para os problemas humanos (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016).

Dessa forma, durante vários anos pesquisas relacionadas à religiosidade e espiritualidade foram desconsideradas do meio acadêmico. A área da saúde, por ser uma área fortemente marcada pelo método experimental, cultivou este viés com

bastante veemência, com distanciamento e reserva quanto às pesquisas sobre essa temática.

Entretanto, nos últimos anos, o número de pesquisas sobre a religiosidade/espiritualidade e seu papel na vida das pessoas, cresceu de forma relevante, possibilitando o acesso a livros, periódicos, dissertações e teses sobre o tema. A oncologia, os cuidados paliativos, geriatria e hiv/aids, são alguns dos contextos mais pesquisados quando relacionados à religiosidade/espiritualidade (FREITAS, 2017).

Ao se pensar na área da Saúde no Brasil, as pesquisas voltadas à espiritualidade estão em crescimento, o país no ano de 2015 encontrava-se como o quinto em volume de publicações sobre espiritualidade, enquanto que no comparativo com temas gerais de Psiquiatria a colocação foi a décima terceira (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016; FORTI, et al., 2020 ).

Estudos têm demonstrado maior relação entre a espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida, bem-estar geral e saúde mental das pessoas (ZIMPEL; HECKERT, 2018). Por entender a relevância da dimensão espiritual no processo saúde/doença buscou-se, neste capítulo, abordar de forma detalhada os conceitos de religiosidade e espiritualidade e religião.

O termo religião reúne uma diversidade de formas de manifestação da religiosidade. Segundo De Souza et al. (2017) esse termo específico significa um coletivo, no qual não se encontra uma única essência.

Considerando a definição de Koenig (2012), por religião entende-se o conjunto organizado de instituições, crenças, práticas, ritos, símbolos, de forma a promover a ascensão ao sagrado, ao transcendente. Mariotto Neto (2016, p.87) compreende religião como a “instituição social composta por um sistema de crenças e práticas reunidas que sustentam uma suposta relação com uma dimensão transcendental”.

De acordo com Moreira-Almeida et al. (2017), a religião se remete a instituições, dogmas e normas tradicionais. Para Zangari et al. (2018) a religião, ou ainda as religiões, podem ser compreendidas como instituições, sistemas que possuem seus próprios discursos e práticas e que falam de uma realidade transcendente.

Os termos religiosidade e espiritualidade são diferentes, porém, por vezes, são utilizados como semelhantes ou iguais. O quanto o indivíduo segue e vivencia uma religião denomina-se religiosidade. Ressalte-se que, mesmo indivíduos que cultuam a mesma religião, expressam eles diferenças nas práticas religiosas, nas emoções relacionadas as crenças.

Quando há diferenças na maneira de viver cada religião, tanto na intensidade das crenças quanto na prática, estamos falando de religiosidade. A religiosidade nada mais é do que o sujeito vivenciando sua religião da forma como quiser, sendo voltada para um campo institucionalizado e organizado (ZANGARI et al., 2018).

Para autores como Moreira-Almeida et al. (2010) e Koenig (2010), a religiosidade compreende três dimensões: 1 – religiosidade organizacional, que se refere a participação do indivíduo em encontros religiosos, reuniões em igrejas, templos; 2 – religiosidade não organizacional refere-se a práticas religiosas não formais ou privadas, que acontecem fora das organizações, podendo ser individuais ou em grupo, como exemplo a leitura de livros, rezas, audiência a programas religiosos na rádio ou tv; 3 – religiosidade intrínseca refere-se ao quanto a pessoa se percebe religiosa, ao significado pessoal emocional atribuído à religião, conhecimentos e atitudes, crenças, voltados à vida religiosa.

Diferentemente dos outros conceitos, a Espiritualidade refere-se à forma como percebemos a vida e o sentido que damos a ela. É uma procura individual pelo entendimento de questões pertinentes à finitude, ao sagrado ou transcendente, que pode ou não estar ligada à religiosidade. A espiritualidade pode ser significativa para as pessoas independentemente de suas religiões (DIAS, 2012).

Zangari e colaboradores (2018) dizem que há espiritualidades não religiosas e espiritualidades religiosas, sendo espiritualidade não religiosa aquela ligada a outros princípios de vida que não são transcendentais; e que a espiritualidade religiosa está intimamente ligada à realidade transcendental. Como exemplo, uma pessoa que adere a uma religião, contudo, o que dá mesmo sentido à sua vida é o trabalho. Sem seu trabalho, essa pessoa perde a direção. Nesse caso, apesar de ter sua religiosidade, sua espiritualidade não está ligada à religião.

De Freitas (2017) explana, a espiritualidade dá maior abertura para a

criatividade pessoal e ancora-se na experiência existencial da pessoa, não se prendendo a elementos, mas abrindo-se como sentido de vida. Ela está ligada à experiência transcendental individualizada, e não é determinada, podendo estar relacionada ou não à religiosidade.

Destarte, a espiritualidade consiste na busca do sujeito por sua própria essência; compreende aspectos subjetivos que dão significado à vida e, mobilizando tais iniciativas no sujeito, influencia em sua qualidade de vida (SILVA J; SILVA L, 2014).

Para o psiquiatra Vitor Frankl, a procura individual pelo sentido da vida é um aspecto inerente e constitutivo do ser humano. Para ele, a experiência humana está essencialmente apontada para além de si. A espiritualidade como aspecto importante da subjetividade humana e como sentido da vida foi estudada por Viktor Frankl, fundador da chamada Logoterapia que tem em sua abordagem psicológica a terapia através do sentido. (SILVA J, SILVA L, 2014)

O "pai" da Logoterapia expressa a relevância em estimular a busca do ser e a responsabilização do indivíduo por suas próprias escolhas. O autor apoia a busca pela dimensão subjetiva de cada um, entendendo a espiritualidade como um caminho positivo para tal procura. Segundo Frankl, a vida não perde o sentido com a finitude, muito pelo contrário: o falecer diante da vida dá ao homem um sentido diante dela, pois, pela brevidade, o homem deve pensar e responsabilizar-se por suas escolhas. (FRANKL, 1973)

Foch et al., (2017) afirmam que a religião oferece uma variedade de estratégias de enfrentamento ( *coping* ) que, contrariando o estereótipo de que seriam apenas estratégias defensivas e passivas, se expressam cobrindo uma série de comportamentos, emoções, cognições e relações, servindo a várias funções, tais como: busca de significado, controle, conforto espiritual, transformação de vida, busca de bem-estar físico e psicológico, dentre outros.

Assim, podemos observar que muitas pessoas, que vivenciam situações de adoecimento, recorrem a interpretações e práticas religiosas para dar sentido ao que vivenciam e para aprender a lidar com essas situações, ou seja: a religião atua como uma estratégia de enfrentamento ( *coping*  religioso) frente ao sofrimento gerado pelas experiências difíceis.

De acordo com Wener e Pargament (2014), onde encontramos crises e tragédias, encontramos também religiosidade, pois é na religião que o homem busca forças para enfrentá-las e o  *coping*  religioso ocorre quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com situações de vida estressantes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Avaliar os impactos da Espiritualidade/Religiosidade, Qualidade de Vida e Adesão ao tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar as variáveis sociodemográficas, econômicas, culturais e clínicas da amostra em estudo;
- Estimar a prevalência de espiritualidade/religiosidade, Qualidade de Vida e Adesão ao tratamento da amostra estudada;
- Verificar a correlação entre espiritualidade/religiosidade, Qualidade de Vida e Adesão ao tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca;
- Estabelecer a associação entre espiritualidade/religiosidade, Qualidade de Vida e Adesão ao tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca.

### **4. MÉTODO**

Trata-se de um estudo analítico transversal, realizado nas dependências do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca, situado na Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na cidade de São Luís-MA. O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência, com a população razoavelmente homogênea para a característica do estudo e os dados coletados, foram considerados suficientes para o adequado poder estatístico. O cálculo do tamanho amostral foi realizado, utilizando-se o programa estatístico Stata® (versão 14, 2015). O nível de significância ( $\alpha$ ) de 5%, poder de teste de 80%, erro tolerável de 4%, mais 10% de possíveis perdas.

Como desfechos primários, as variáveis coletadas foram distribuídas em

dados de identificação, características e hábitos de vida dos pacientes, impacto sobre a saúde física, emocional, sobre as atividades sociais, condição financeira, os que referem aos dados demográficos e farmacoterapia utilizada.

O estudo foi realizado com pacientes que responderam aos seguintes critérios inclusão: ter o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca e estar em tratamento regular e em acompanhamento durante um mínimo de três meses no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão; pacientes em qualquer classe funcional da Classificação da *New York Heart Association* (NYHA), independentemente da etiologia da IC; e possuir idade maior ou igual a 18 anos.

Foram excluídos pacientes que apresentaram incapacidade de entender o protocolo do estudo e responder a perguntas sem assistência devido a comprometimento cognitivo ou déficit auditivo; que tinham menos de 18 anos; assim como, os que não consentiram em participar da pesquisa.

Os pacientes, que aceitaram participar do estudo e atenderam aos critérios de inclusão, foram avaliados em sua adesão ao tratamento, qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade, por meio de instrumentos previamente validados no idioma Português do Brasil.

As características demográficas e clínicas foram obtidas a partir da revisão de prontuários e de informações coletadas em entrevista com os pacientes. Foi necessário elaborar uma ficha de identificação do paciente (ver apêndice) com intuito de diminuir a busca de informações no sistema de intranet do Hospital Universitário, tendo em vista a velocidade da internet e a demora no carregamento do sistema.

No início da coleta de dados observou-se que, por se tratarem de instrumentos com linguagem elaborada, que exigem reflexão e interpretação por parte do participante, identificou-se haver necessidade de identificação do participante para preenchimento dos questionários.

Dois alunos de graduação em Psicologia foram treinados antecipadamente para abordagem dos pacientes e aplicação dos questionários. Dois alunos do curso de Medicina, membros da Liga Acadêmica de Transplante e Insuficiência Cardíaca, foram orientados para triarem os dados referentes à classificação funcional e indicação de pacientes que preenchessem os critérios de inclusão do estudo. Em



média, os participantes levavam 35 minutos para responder a todos os instrumentos, com a mediação dos pesquisadores. Ao todo, 42 pacientes participaram do estudo.

Foram utilizados cinco instrumentos na coleta dados - O REMADHE (Educação Repetitiva e Monitoramento para Adesão para Insuficiência Cardíaca - Repetitive Education and Monitoring For Adherence for Heart Failure) que visa avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico do paciente. Este questionário é composto de dez perguntas envolvendo quatro domínios: uso de medicamentos (uma pergunta), alimentos e líquidos (sete perguntas), consumo de álcool (uma pergunta) e consultas médicas (uma pergunta). Esse escore varia entre 0 e 26 pontos: escores mais altos indicam melhor adesão do paciente. Um escore REMADHE de 18 ou mais pontos indica nível adequado de adesão.

O questionário de qualidade de vida WHOQoL- Bref da Organização Mundial de Saúde. O WHOQoL-Bref é uma versão abreviada do WHOQoL-100, composta por 26 perguntas: uma pergunta sobre qualidade de vida em geral, uma pergunta sobre a satisfação com o próprio estado de saúde, e 24 perguntas divididas em quatro domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente (FLECK et al., 2000). Escores altos de WHOQoL-Bref indicam melhor qualidade de vida em geral, enquanto escores baixos de MLHFQ representam melhor qualidade de vida relacionada à IC (CARVALHO et al., 2020; TAUNAY et al., 2012); A avaliação específica para a doença (IC) é avaliada a partir da aplicação do questionário MLHFQ (*Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*). O MLHFQ avalia a qualidade de vida relacionada à sintomatologia da IC no mês anterior e correlaciona-se proporcionalmente à classe funcional; Escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), adaptada e validada por Moreira-Almeida (2007) e o instrumento WHOQoL-SRPB (instrumento de medida de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da Organização Mundial de Saúde) que avaliam às dimensões Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais. A escala DUREL tem cinco itens que descrevem três dimensões de religiosidade, conhecidas por se correlacionarem com resultados em questões de saúde: organizada (RO), não-organizada (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) (STRELHOW; SARRIERA, 2018; KOENIG; BUSSING , 2010). O instrumento WHOQoL-SRPB (instrumento de medida de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da Organização Mundial de Saúde)

é um módulo adicional do WHOQOL para avaliar espiritualidade, religião e crenças pessoais (SRPB – *Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs*) como componentes da estrutura da qualidade de vida. Ele é composto de 32 itens distribuídos em oito fatores (Conexão Espiritual, Sentido da Vida, Admiração, Totalidade & Integração, Força Espiritual, Paz Interior, Esperança & Otimismo e Fé) num índice geral composto por quatro itens (SRPB Global) originalmente pertencentes ao domínio SRPB do WHOQOL-100.

A estatística descritiva incluiu cálculo de frequências absolutas e relativas (percentuais) e a associação entre as variável explanatória (Religiosidade /Espiritualidade) e resposta (Adesão ao tratamento e qualidade de vida) será realizada através do teste Qui-quadrado.

Em seguida foi realizado o cálculo de coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) para medir o grau da correlação linear entre a variável desfecho e a variável resposta, considerando-se o índice adimensional com valores situados entre (-1,0 e 1,0) para medir a intensidade da relação linear nos dois conjuntos de dados.

Foi realizada a análise univariada onde os fatores associados foram testados entre a variável explanatória, isto, para os eventos que apresentarem  $p \leq 0,20$ ; os eventos que apresentarem  $p \leq 0,10$  na análise univariada, passarão para o modelo multivariado final com suas respectivas Razões de Prevalências (RP), intervalos de confiança de 95% (IC 95%), significância estatística ( $p \leq 0,05$ ) e o número de expostos na amostra. A análise multivariada foi realizada por meio do modelo de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância por sua característica de análise de dados, considerando-se o total de pacientes pesquisados e sua associação com adesão ao tratamento e qualidade de vida.

Os resultados do modelo final (covariáveis individuais e contextuais) foram interpretados em nível de significância estatística de  $p \leq 0,05$  e permaneceram no modelo final, tendo sido realizado o teste Parm para as variáveis não binárias.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Institucional, e todos os participantes precisam assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado pela pesquisadora antes da participação na pesquisa. Este estudo é parte do projeto “Impacto de uma estratégia educacional na qualidade de vida e na adesão ao tratamento ambulatorial de pacientes com insuficiência

cardíaca crônica”, aprovado pelo CEP do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA, com o parecer 2.597.135, CAAE: 84959318.2.0000.5086.

## **5. RESULTADOS**

Os resultados do presente trabalho estão organizados em um capítulo:

- Capítulo I: Apresenta resultados do artigo submetido a revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia, IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Nº de ID is ABC-2022-0513

## 5.1 Capítulo I

**TÍTULO:** IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

**TÍTULO INGLÊS:** IMPACTS OF RELIGIOSITY AND SPIRITUALITY ON TREATMENT ADHERENCE AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

**TÍTULO CURTO:** RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM PACIENTES AMBULATORIAIS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

### Resumo

**Fundamento:** A espiritualidade pode influenciar a maneira com que pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) lidam com sua síndrome, tendo impacto consequente no status funcional, de saúde e na qualidade de vida (QV). **Objetivos:** Nosso objetivo foi avaliar a religiosidade e espiritualidade na qualidade de vida e adesão ao tratamento do paciente com IC. **Métodos:** O estudo compreendeu pacientes acompanhados no ambulatório de IC do Hospital Universitário da UFMA. Instrumentos de (QV), adesão ao tratamento, religiosidade e espiritualidade foram aplicados de forma a verificar correlação e associar as variáveis. Esta pesquisa teve como base o estudo de Alvarez publicado em 2016. **Resultados:** O presente estudo foi realizado com 42 pacientes com IC, com maior predominância de participantes do sexo masculino, com idade superior a 60 anos. (71,43%) dos pacientes afirma ser “Totalmente verdade” para eles o fato de suas crenças religiosas estarem realmente por trás de toda a sua maneira de viver, e (42,86%) apontam o esforço feito para viverem sua religião em todos os aspectos da vida. A partir do teste não-paramétrico Qui-quadrado de aderência ( $p < 0,0001$ ) afirma-se que a diferença entre as proporções é estatisticamente significativa, considerando o nível de significância  $\alpha = 0,05$ . Verificou-se scores positivos de adesão nos pacientes (44,26%). **Conclusão:** Existem diferentes fatores que afetam a (QV) e a adesão ao tratamento do paciente com IC. Os dados sugerem que a espiritualidade é um fator a ser considerado nas conduções terapêuticas, tendo em vista a perspectiva que esta é uma dimensão relevante na vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Insuficiência cardíaca; Qualidade de vida; Adesão ao tratamento;

Espiritualidade; Religiosidade.

## Abstract

**Foundation:** Spirituality can influence the way in which patients with Heart Failure (HF) deal with their syndrome, with a consequent impact on functional status, health and quality of life (QOL). **Objective:** Our objective was to evaluate religiosity and spirituality in the quality of life and adherence to treatment of patients with HF. **Methods:** The study included patients followed up at the HF ambulatory of the University Hospital of UFMA. Instruments of (QOL), adherence to treatment, religiosity and spirituality were applied in order to verify correlation and associate the variables. This research was based on the study by Alvarez published in 2016. **Results:** The present study was carried out with 42 patients with HF, with a greater predominance of male participants, aged over 60 years. (71.43%) of the patients say it is "Totally true" for them that their religious beliefs are really behind their entire way of living, and (42.86%) point out the effort made to live their religion in all aspects of life. From the non-parametric Chi-square test of adherence ( $p < 0.0001$ ) it is stated that the difference between the proportions is statistically significant, considering the significance level  $\alpha = 0.05$ . There were positive adherence scores in patients (44.26%). **Conclusion:** There are different factors that affect the (QOL) and adherence to treatment of patients with HF. The data suggest that spirituality is a factor to be considered in therapeutic procedures, considering that this is a relevant dimension in patients' lives. **Keywords:** Heart Failure; Quality of life; Adherence to treatment; Spirituality; religiosity.

## **INTRODUÇÃO:**

A Insuficiência Cardíaca (IC) constitui-se um grave problema de saúde pública global (1), (2). Estima-se que no mundo, 64,3 milhões de pessoas vivenciam essa condição crônica. Estudos apontam que a prevalência da IC nos países de primeiro mundo é cerca de 1% a 2% da população adulta geral (3). A IC é uma síndrome complexa que se caracteriza pela falha na capacidade do coração em bombear satisfatoriamente o sangue para as necessidades metabólicas dos tecidos. Esta síndrome expõe alto grau de morbidade e mortalidade, e a maioria dos pacientes apresenta multimorbidade, com três ou mais comorbidades crônicas, afetando substancialmente a qualidade de vida de seus portadores e cuidadores, além dos altos custos financeiros dos indivíduos e dos sistemas de saúde (4) (3) (5).

Indivíduos acometidos por doenças crônicas precisam organizar-se às novas contingências e às modificações no seu estilo de vida, de maneira que consigam lidar com as limitações impostas pela patologia. A complexidade da doença requer uma terapêutica ampla e articulada, associando múltiplos fármacos à mudança de hábitos e conhecimento regular da doença (6). Para eficácia da terapêutica, o processo de adesão ao tratamento é um fator preponderante no curso da IC. O paciente, que consegue entender e cumprir a terapêutica proposta tem menos chance de descompensação e reinternações, repercutindo este fato diretamente na Qualidade de vida (QV) do paciente (7)

Estudos têm demonstrado maior relação entre a espiritualidade e religiosidade e qualidade de vida, bem-estar geral e saúde mental das pessoas (8). Agregar os benefícios da dimensão espiritual na terapêutica, pode influenciar no manejo da síndrome, no entendimento das questões relativas a finitude e na reconfiguração do curso da vida do indivíduo. Diante do exposto, buscou-se investigar os impactos da religiosidade e espiritualidade na qualidade de vida e adesão ao tratamento do paciente com IC.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo analítico transversal, realizado nas dependências do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca, situado na Unidade Materno Infantil do

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na cidade de São Luís-MA. O estudo foi realizado com uma amostra de conveniência, com a população razoavelmente homogênea para a característica do estudo e os dados coletados, foram considerados suficientes para o adequado poder estatístico. O cálculo do tamanho amostral foi realizado, utilizando-se o programa estatístico Stata® (versão 14, 2015). O nível de significância ( $\alpha$ ) de 5%, poder de teste de 80%, erro tolerável de 4%, mais 10% de possíveis perdas.

Como desfechos primários, as variáveis coletadas foram distribuídas em dados de identificação, características e hábitos de vida dos pacientes, impacto sobre a saúde física, emocional, sobre as atividades sociais, condição financeira, os que referem aos dados demográficos e farmacoterapia utilizada. O estudo foi realizado com pacientes que responderam aos seguintes critérios inclusão: ter o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca e estar em tratamento regular e em acompanhamento durante um mínimo de três meses no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão; pacientes em qualquer classe funcional da Classificação da *New York Heart Association* (NYHA), independentemente da etiologia da IC; e possuir idade maior ou igual a 18 anos. Foram excluídos pacientes que apresentaram incapacidade de entender o protocolo do estudo e responder a perguntas sem assistência devido a comprometimento cognitivo ou déficit auditivo; que tinham menos de 18 anos; assim como, os que não consentiram em participar da pesquisa.

Os pacientes, que aceitaram participar do estudo e atenderam aos critérios de inclusão, foram avaliados em sua adesão ao tratamento, qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade, por meio de instrumentos previamente validados no idioma Português do Brasil.

As características demográficas e clínicas foram obtidas a partir da revisão de prontuários e de informações coletadas em entrevista com os pacientes. Foi necessário elaborar uma ficha de identificação do paciente (ver anexo), com intuito de diminuir a busca de informações no sistema de intranet do Hospital Universitário, tendo em vista a velocidade da internet e a demora no carregamento do sistema.

No início da coleta de dados logo observou-se que, por se tratarem de instrumentos com linguagem elaborada, que exigem reflexão e interpretação por parte

do participante, identificou-se haver necessidade de identificação do participante para preenchimento dos questionários.

Dois alunos de graduação em Psicologia foram treinados antecipadamente para abordagem dos pacientes e aplicação dos questionários. Os alunos do curso de Medicina, membros da Liga Acadêmica de Transplante e Insuficiência Cardíaca, foram orientados para triarem os dados referentes à classificação funcional e indicação de pacientes que preenchessem os critérios de inclusão do estudo. Em média, os participantes levavam 35 minutos para responder a todos os instrumentos, com a mediação dos pesquisadores. Ao todo, 42 pacientes participaram do estudo.

Foram utilizados cinco instrumentos na coleta dados: O REMADHE (Educação Repetitiva e Monitoramento para Adesão para Insuficiência Cardíaca - Repetitive Education and Monitoring For Adherence for Heart Failure) que visa avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico do paciente. Este questionário é composto de dez perguntas envolvendo quatro domínios: uso de medicamentos (uma pergunta), alimentos e líquidos (sete perguntas), consumo de álcool (uma pergunta) e consultas médicas (uma pergunta). Esse escore varia entre 0 e 26 pontos: escores mais altos indicam melhor adesão do paciente. Um escore REMADHE de 18 ou mais pontos indica nível adequado de adesão.

O questionário de qualidade de vida WHOQoL- Bref da Organização Mundial de Saúde. O WHOQoL-Bref é uma versão abreviada do WHOQoL-100, composta por 26 perguntas: uma pergunta sobre qualidade de vida em geral, uma pergunta sobre a satisfação com o próprio estado de saúde, e 24 perguntas divididas em quatro domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente (9) Escores altos de WHOQoL-Bref indicam melhor qualidade de vida em geral, enquanto escores baixos de MLHFQ representam melhor qualidade de vida relacionada à IC (10)

A avaliação específica para a doença (IC) é avaliada a partir da aplicação do questionário MLHFQ (*Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*). O MLHFQ avalia a qualidade de vida relacionada à sintomatologia da IC no mês anterior e correlaciona-se proporcionalmente à classe funcional; Escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), adaptada e validada por (11) e o instrumento WHOQoL-SRPB (instrumento de medida de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da Organização Mundial de Saúde) que avaliam às



dimensões **Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais**. A escala DUREL tem cinco itens que descrevem três dimensões de religiosidade, conhecidas por se correlacionarem com resultados em questões de saúde: organizada (RO), não-organizada (RNO) e religiosidade intrínseca (RI) (12) O instrumento WHOQoL-SRPB (instrumento de medida de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da Organização Mundial de Saúde) é um módulo adicional do WHOQOL para avaliar espiritualidade, religião e crenças pessoais (SRPB – *Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs*) como componentes da estrutura da qualidade de vida. Ele é composto de 32 itens distribuídos em oito fatores (Conexão Espiritual, Sentido da Vida, Admiração, Totalidade & Integração, Força Espiritual, Paz Interior, Esperança & Otimismo e Fé) num índice geral composto por quatro itens (SRPB Global) originalmente pertencentes ao domínio SRPB do WHOQOL-100.

A estatística descritiva incluiu cálculo de frequências absolutas e relativas (percentuais) e a associação entre a variável explanatória (Religiosidade /Espiritualidade) e resposta (Adesão ao tratamento e qualidade de vida) será realizada através do teste Qui-quadrado. Em seguida foi realizado o cálculo de coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) para medir o grau da correlação linear entre a variável desfecho e a variável resposta, considerando-se o índice adimensional com valores situados entre (-1,0 e 1,0) para medir a intensidade da relação linear nos dois conjuntos de dados.

Foi realizada a análise univariada cujo os fatores associados foram testados entre a variável explanatória, isto, para os eventos que apresentarem o  $p \leq 0,20$ ; os eventos que apresentarem  $p \leq 0,10$  na análise univariada, passarão para o modelo multivariado final com suas respectivas Razões de Prevalências (RP), intervalos de confiança de 95% (IC 95%), significância estatística ( $p \leq 0,05$ ) e o número de expostos na amostra. A análise multivariada foi realizada por meio do modelo de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância por sua característica de análise de dados, considerando-se o total de pacientes pesquisados e sua associação com adesão ao tratamento e qualidade de vida.

Os resultados do modelo final (covariáveis individuais e contextuais) foram interpretados em nível de significância estatística de  $p \leq 0,05$  e permaneceram no modelo final, tendo sido realizado o teste Parm para as variáveis não binárias. O

protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Institucional, e todos os participantes precisam assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado pela pesquisadora antes da participação na pesquisa. Este estudo é parte do projeto “Impacto de uma estratégia educacional na qualidade de vida e na adesão ao tratamento ambulatorial de pacientes com insuficiência cardíaca crônica”, aprovado pelo CEP do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA, com o parecer 2.597.135, CAAE: 84959318.2.0000.5086.

## RESULTADOS

O presente estudo foi realizado com 42 pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. As variáveis como sexo, escolaridade, estado civil, religião, remuneração ou renda, ocupação profissional, tempo de progressão da doença e classe funcional da IC são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil Sociodemográfico dos Participantes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca São Luís/MA

Variáveis	(n = 42)	%	p-valor
Continua			
<b>Sexo</b>			
Feminino	19	45,24	0,5322
Masculino	23	54,76	
<b>Faixa Etária (Anos)</b>			
23 a 30	5	11,90	0,1334
31 a 40	4	9,52	
41 a 50	9	21,43	
51 a 60	11	26,19	
61 ou mais	13	30,96	
<b>Religião</b>			
Agnóstico	1	2,38	p < 0,0001*
Católica	27	64,28	
Evangélica/Protestante	8	19,05	
Não Informou	6	14,29	
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro(a)	11	26,19	p < 0,0001*
Casado(a)	25	59,53	
Separado(a)	1	2,38	
Outros (UE)	2	4,76	
Viúvo(a)	3	7,14	
<b>Nível de Escolaridade</b>			
Até o Fund. Incompleto	13	30,95	0,0004*
Fundamental Completo	7	16,67	
Médio Completo	17	40,48	

Superior Incompleto	1	2,38	
Superior Completo	4	9,52	
<b>Ocupação</b>			
Aposentado(a)	17	40,48	
Autônomo(a)	8	19,05	
Do Lar	3	7,14	0,0006*
Empregado(a) Carteira	4	9,52	
Pensionista	2	4,76	
Não Informou	8	19,05	
<b>Está Trabalhando</b>			
Não	36	85,71	p < 0,0001*
Sim	6	14,29	
<b>Renda</b>			
1 a 4 Salários Mínimo	36	85,71	p < 0,0001*
Não Informou	6	14,29	

**Tabela 1** – Perfil Sociodemográfico dos Participantes Ambulatorias com Insuficiência Cardíaca São Luís/MA Perfil Sociodemográfico

Variáveis	(n = 42)	%	Conclusão p-valor
<b>Tempo de Progressão da Doença (Meses)</b>			
Até 12	5	11,90	
13 a 24	3	7,14	
25 a 48	13	30,96	p < 0,0001*
49 a 60	2	4,76	
Acima de 60	19	45,24	
<b>Tempo de Acompanhamento no Ambulatório (Meses)</b>			
Até 12	6	14,29	
13 a 24	7	16,67	
25 a 48	14	33,33	0,0170*
49 a 60	2	4,76	
Acima de 60	13	30,95	
<b>Classificação Funcional (NYHA)</b>			
I	1	2,38	
II	7	16,67	
III	28	66,67	p < 0,0001*
IV	6	14,29	

\*p < 0,05 (Teste Qui-quadrado de aderência)

NYHA: *New York Heart Association*;

Apesar de observar-se que houve maior predominância de pacientes do sexo masculino, com idade superior a 60 anos, não houve diferença estatisticamente significativa em relação à idade e distribuição por gênero.

Quanto à variável religião, observou-se que a mais prevalente nos pacientes envolvidos no estudo foi a Católica, seguida da Evangélica/Protestante. De acordo com essa distribuição das proporções pode-se dizer que elas são estatisticamente significantes ( $p < 0,0001$ ). De acordo com o nível descritivo ( $p < 0,0001$ ) do teste não-paramétrico Qui-quadrado de aderência, a diferença entre as proporções do Estado Civil declarado pelos pacientes estudados é estatisticamente significativa, ou seja; há prevalência de pacientes casados no estudo.

O Nível de Escolaridade predominante na amostra foi o Médio Completo, seguido por Fundamental Incompleto, consideradas estatisticamente significantes as diferenças entre as proporções para o Nível de Escolaridade ( $p = 0,0004$ ). A renda entre 1 a 4 salários mínimos foi a prevalente com (85,71%), enquanto (14,29%) dos pacientes não declararam sua renda, representando também, relevância estatística da diferença entre as proporções ( $p < 0,0001$ ).

Quanto ao tempo de progressão da doença, a maioria tem mais de 60 meses, (45,24%), (30,96%) entre 25 e 48 meses, (11,90%) até 12 meses, (7,14%) entre 13 a 24 meses e apenas (4,76%) entre 49 e 60 meses. A diferença entre essas proporções foi estatisticamente significativa ( $p < 0,00010$ ) sendo mais predominante na amostra estudada de pacientes com mais de 60 meses de tempo de progressão da doença.

Quanto ao aspecto classificação funcional I, II, III ou IV, a diferença entre essas proporções foi considerada estatisticamente significativa ( $p < 0,00010$ ) sendo mais observada na amostra estudada paciente de Classificação Funcional III. Todos os testes estatísticos foram aplicados considerando-se o nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

Quanto aos resultados da aplicação da Escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) no aspecto que avalia Religiosidade Organizacional (q.1) de acordo com o teste não-paramétrico Qui-quadrado de aderência ( $p = 0,1562$ ) as diferenças entre as proporções não podem ser consideradas estatisticamente significantes ao nível de significância  $\alpha = 0,05$  Tabela 2.

**Tabela 2** – Autorrelato da frequência à igrejas, templos, cultos (RO)?

<b>Resposta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mais do que uma vez por semana	6	14,29
Uma vez por semana	7	16,67
Duas a três vezes por mês	4	9,52
Algumas vezes por ano	13	30,95
Uma vez por ano ou menos	8	19,05
Nunca	4	9,52
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

$p > 0,05$  (Teste Qui-quadrado de Aderência,  $p = 0,1562$ );  $\alpha = 0,05$ .

RO: *Religiosidade organizacional*

Conforme os resultados contidos na Tabela 3, observa-se que a maioria dos pacientes declarou dedicar diariamente um tempo para atividades religiosas individuais, de acordo com o teste Não-paramétrico Qui-quadrado de Aderência ( $p < 0,0001$ ) entende-se que a diferença entre as proporções é estatisticamente significativa, considerando-se o nível de significância  $\alpha = 0,05$ .

**Tabela 3** – Autorrelato da frequência com que se dedica a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos (RNO)?

<b>Resposta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mais do que uma vez ao dia	2	4,76
Diariamente	24*	57,16
Duas ou mais vezes por semana	5	11,90
Uma vez por semana	3	7,14
Poucas vezes por mês	3	7,14
Raramente ou nunca	5	11,90
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

\* $p < 0,05$  (Teste Qui-quadrado de Aderência,  $p < 0,0001$ );  $\alpha = 0,05$ .

RNO: *Religiosidade não organizacional*

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, nota-se que a maioria dos pacientes analisados nesse estudo declarou ser “*Totalmente verdade*” para eles sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo, (95,24%) com significância estatística ( $p < 0,0001$ ).

**Tabela 4** – Autorrelato do sentimento da presença de Deus (ou do Espírito Santo) (RI)

<b>Resposta</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
Totalmente verdade para mim	40*	95,24
Em geral é verdade	2	4,76
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

\* $p < 0,05$  (Teste Qui-quadrado de Aderência,  $p < 0,0001$ );  $\alpha = 0,05$ .

RI: *Religiosidade intrínseca*

Quanto aos aspectos analisados nas Q.4 (Tabela 5) e Q5 (Tabela 6) do DUREL a maioria dos participantes afirma ser “*Totalmente verdade*” para eles o fato de suas crenças religiosas estarem realmente por trás de toda a sua maneira de viver, 30 (71,43%) e o esforço feito para viverem sua religião em todos os aspectos da vida (42,86%). De acordo com o teste não-paramétrico Qui-quadrado de aderência ( $p < 0,0001$ ) pode-se afirmar que a diferença entre as proporções é estatisticamente significativa, considerando o nível de significância  $\alpha = 0,05$ , isto é, a maioria dos pacientes crê ser Totalmente verdade para eles a afirmação.

**Tabela 5** – Autorrelato das crenças religiosas como amágo da maneira de viver (RI).

<b>Resposta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente verdade para mim	30*	71,43
Em geral é verdade	10	23,81
Em geral não é verdade	1	2,38
Não é verdade	1	2,38
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

\* $p < 0,05$  (Teste Qui-quadrado de Aderência,  $p < 0,0001$ );  $\alpha = 0,05$ .

RI: *Religiosidade intrínseca*

**Tabela 6** – Perspectiva de abrangência da vivência da religião em todos os aspectos da vida.

<b>Resposta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Totalmente verdade para mim	18*	42,86
Em geral é verdade	17	40,48
Não estou certo	4	9,52
Em geral não é verdade	1	2,38
Não é verdade	2	4,76
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,00</b>

$p < 0,05$  (Teste Qui-quadrado de Aderência,  $p < 0,0001$ );  $\alpha = 0,05$ .

A Tabela 7 descreve estatisticamente os scores em cada um dos 05 instrumentos. Demonstrando que os pacientes analisados apontaram uma boa

adesão ao tratamento, com Média de pontuação/score de 44,26. Bem como, no DUREL um índice de religiosidade organizada consistente e religiosidade intrínseca forte.

**Tabela 7 – Estatística Descritiva dos Scores dos Instrumentos**

Instrumentos	n = 42			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>Adesão/REMADHE</b>	28,0	58,0	44,26	7,040
<b>Qualidade de Vida</b>				
<b>Minesota</b>				
<b>Total</b>	0,0	105,0	48,29	24,596
<b>Domínio</b>				
Físico	0,0	45,0	20,05	14,300
Emocional	0,0	25,0	10,45	6,894
Geral	0,0	30,0	14,38	7,667
<b>Whoqol-Bref</b>				
<b>Total</b>	139,7	331,3	260,01	38,405
<b>Domínio</b>				
Físico	10,7	83,3	57,08	15,911
Psicológico	41,7	95,8	70,04	13,054
Social	16,7	91,7	68,45	15,013
Ambiental	40,6	84,4	64,43	9,587
<b>Religiosidade (DUREL)</b>				
Organizada	1,0	6,0	3,52	1,565
Não Organizada	1,0	6,0	2,90	1,495
Intrínseca	3,0	9,0	4,31	1,473
<b>Whoqol-SRPB</b>				
<b>Total</b>	25,5	38,5	32,57	3,007
<b>Domínio</b>				
Conexão a ser ou força espiritual	3,3	5,0	4,52	0,585
Sentido na vida	2,0	5,0	3,99	0,705
Admiração	3,3	5,0	4,26	0,497
Totalidade & Integração	1,5	5,0	3,70	0,661
Força Espiritual	2,0	5,0	4,08	0,723
Paz Interior	1,0	5,0	3,84	0,662
Esperança & Otimismo	2,0	5,0	4,05	0,595
Fé	2,0	5,0	4,13	0,635

REMADHE: *Educação Repetitiva e Monitoramento para Adesão para Insuficiência Cardíaca (Repetitive Education and Monitoring For Adherence for Heart Failure)*; WHOQoL-Bref: *Questionário de Qualidade de Vida da OMS*; MLHFQ: *Questionário Minnesota Living with Heart Failure*; DUREL: *Índice de Religiosidade de Duke*; WHOQoL-SRPB: *Instrumento de Medida de Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais da Organização Mundial de Saúde. Dados expressos como média ± desvio padrão.*

No que se refere ao constructo da Adesão ao Tratamento para IC (Tabela 8), nota-se que as correlações que foram estatisticamente significantes com a Adesão (REMADHE) foram os Domínios, **Paz Interior do Whoqol-SRPB** ( $r = 0,39$ ,  $p = 0,010$ ) sendo essa correlação positiva de intensidade moderada e a do Domínio **Emocional do Minesota** ( $r = -0,44$ ,  $p = 0,004$ ) sendo essa correlação negativa de intensidade moderada.

**Tabela 8** – Correlações dos Instrumentos com os Scores da Adesão (REMADHE)

	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
<b>Qualidade de Vida</b>		
Whoqol-Bref		
<b>Total</b>	0,28	0,069
Domínio		
<b>Físico</b>	0,30	0,058
<b>Psicológico</b>	0,27	0,087
<b>Social</b>	0,15	0,358
<b>Ambiental</b>	0,05	0,737
Religiosidade (DUREL)		
<b>Organizada</b>	-0,20	0,212
<b>Não Organizada</b>	-0,06	0,694
<b>Intrínseca</b>	-0,08	0,600
Espiritualidade (Whoqol-SRPB)		
<b>Total</b>	0,03	0,852
Domínio		
<b>Conexão a ser ou força espiritual</b>	-0,19	0,230
<b>Sentido na vida</b>	0,05	0,778
<b>Admiração</b>	-0,25	0,107
<b>Totalidade &amp; Integração</b>	0,27	0,088
<b>Força Espiritual</b>	-0,03	0,847
<b>Paz Interior</b>	0,39	0,010*
<b>Esperança &amp; Otimismo</b>	-0,17	0,272
<b>Fé</b>	-0,03	0,872
Minesota		
<b>Total</b>	-0,30	0,051
Domínio		
<b>Físico</b>	-0,23	0,142
<b>Emocional</b>	-0,44	0,004*
<b>Geral</b>	-0,17	0,298

\* $p < 0,05$  (Correlação de Pearson).

WHOQoL-Bref: *Questionário de Qualidade de Vida da OMS*; MLHFQ: *Questionário Minnesota Living with Heart Failure*; DUREL: *Índice de Religiosidade de Duke*; WHOQoL-SRPB: *Instrumento de Medida de Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais da Organização Mundial de Saúde*. REMADHE: *Educação Repetitiva e Monitoramento para Adesão para Insuficiência Cardíaca (Repetitive Education and Monitoring For Adherence for Heart Failure)*;



Quanto ao Whoqol\_SRPB considerando que esse instrumento avalia a forma com que a espiritualidade, religião e crenças pessoais estão relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde, nos domínios Conexão a ser ou força espiritual, Admiração, Força Espiritual, Esperança e Otimismo e Fé a média foi positiva, indicando score altos diante das facetas abordadas no questionário.

As correlações que foram estatisticamente significantes com o score total do instrumento Minnesota foram com o score total do **Whoqol-Bref** ( $r = -0,67$ ,  $p < 0,001$ ) e com os seus Domínios, **Físico** ( $r = -0,68$ ,  $p < 0,001$ ), **Psicológico** ( $r = -0,52$ ,  $p < 0,001$ ) e **Social** ( $r = -0,43$ ,  $p < 0,001$ ) sendo todas essas correlações negativas, ou seja, inversamente proporcionais e de intensidade moderada (Tabela 9). Outra correlação estatisticamente significativa foi com o Domínio **Admiração** ( $r = 0,50$ ,  $p = 0,001$ ) do instrumento **Whoqol-SRPB**, sendo essa correlação positiva, ou seja, diretamente proporcional de intensidade moderada.

**Tabela 9** – Correlações dos Instrumentos com os Scores do Minnesota

	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
<b>Qualidade de Vida</b>		
Whoqol-Bref		
<b>Total</b>	-0,67	$p < 0,001^*$
Domínio		
<b>Físico</b>	-0,68	$p < 0,001^*$
<b>Psicológico</b>	-0,52	$p < 0,001^*$
<b>Social</b>	-0,43	0,005*
<b>Ambiental</b>	-0,18	0,248
Religiosidade (DUREL)		
<b>Organizada</b>	0,10	0,540
<b>Não Organizada</b>	0,01	0,936
<b>Intrinseca</b>	0,14	0,369
Espiritualidade (Whoqol-SRPB)		
<b>Total</b>	-0,002	0,990
Domínio		
<b>Conexão a ser ou força espiritual</b>	0,12	0,467
<b>Sentido na vida</b>	-0,21	0,177
<b>Admiração</b>	0,50	0,001*
<b>Totalidade &amp; Integração</b>	-0,21	0,181
<b>Força Espiritual</b>	0,01	0,943
<b>Paz Interior</b>	-0,23	0,137
<b>Esperança &amp; Otimismo</b>	0,08	0,608
<b>Fé</b>	0,11	0,505

\* $p < 0,05$  (Correlação de Pearson).

WHOQoL-Bref: *Questionário de Qualidade de Vida da OMS*; MLHFQ: *Questionário Minnesota Living with*

*Heart Failure; DUREL: Índice de Religiosidade de Duke; WHOQoL-SRPB: Instrumento de Medida de Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais da Organização Mundial de Saúde.*

## **DISCUSSÃO**

A caracterização dos pacientes analisados desta pesquisa quanto ao grau de instrução, sexo e idade se aproxima à de outros, com maioria dos pacientes do sexo masculino, média de idade 50 anos ou mais e nível de escolaridade baixo. (13); (10)

Ao avaliar as variáveis socioeconômicas e clínicas, observa-se que os pacientes são característicos de um país em desenvolvimento, pertencentes a classes sociais desfavorecidas, indicando baixo nível de escolaridade, no qual somente 04 dos respondentes possuem nível superior completo. Autores como (14);(15) apontam para a relação entre baixa escolaridade e aderência ao tratamento, inferindo que o entendimento da condução terapêutica sofre interferência do grau de instrução do indivíduo.

Ao tomar como base os dados referentes a faixa etária dos sujeitos estudados, é possível identificar que os pacientes com idade superior a 40 anos são maioria. Os maiores de 60 anos representam 30,96%. Apesar de não apresentar significância estatística, este dado sinaliza concordância com os apontamentos de estudos realizados no Brasil e em Portugal ao afirmarem que, com o envelhecimento da população, cerca de 20% dos idosos são afetados por esta síndrome, sendo a IC uma condição progressiva associada à acentuada redução funcional e alta morbimortalidade dos pacientes. A IC é um significativo problema de saúde pública a nível global, com expressividade crescente e com taxas de prevalência mais elevadas em idades mais avançadas. (16); (17)

A IC é uma doença que provoca uma significativa perda na QV ocasionando em muitos casos, elevados custos econômicos e sociais ao SUS, bem como aposentadorias precoces (14). Dos participantes avaliados 40,48% são aposentados.

Estudos(18) abordam os impactos da insuficiência cardíaca na vida laborativa dos pacientes, assim como, redução ou impossibilidade para mobilidade, atividades complexas e de autozelo.

A variável tempo de progressão da doença em meses apontou que a maioria dos participantes possui mais de 60 meses de diagnóstico, com tempo de

acompanhamento no ambulatório também significativo, indicando a importância da existência de um serviço específico de atendimento para pacientes com IC. Para muitos dos pacientes ambulatoriais com IC não é fácil autogerenciar os diversos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos. Assim, condutas multidisciplinares de suporte aos pacientes com IC em sua rotina são favoráveis para melhoria dos resultados do tratamento. (15)

Quanto à variável estado civil, identificou-se que 59,53% são casados. Ressalte-se que, durante as entrevistas para coleta de dados, os pacientes casados compareciam às consultas ou aos exames com seus cônjuges. (19) A família exerce uma expressiva relevância no tratamento de pacientes com doenças crônicas. As autoras apontam que os familiares mobilizam-se com o paciente para criar estratégias de enfrentamento da doença. As autoras também afirmam que a família é um fator protetivo e potencializador da adesão ao tratamento.

Quando analisamos os resultados advindos da Escala da Religiosidade da Duke – Durel que avalia três dimensões da religiosidade que mais se associam ao contexto de saúde, são elas religiosidade organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). Ao associarmos os dados do DUREL com os dados sociodemográficos, conseguimos identificar claramente que os pacientes em sua maioria (64,28%) afirmam pertencer a um sistema organizado de crenças católicas. Os sujeitos que se intitulam evangélicos/protestantes ocupam o segundo lugar entre os participantes, representando 19,05% destes.

Quando observamos o predomínio dos participantes como declarantes pertencentes à religião católica (64,28%), segundo o Censo Demográfico Brasileiro realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (20), o Brasil permanece sendo um país com predominância da religião católica apostólica romana, entretanto a diversidade religiosa brasileira vem crescendo muito nas últimas décadas, contudo esta religião cresce de forma menos acelerada (21).

Cabe ressaltar que 14,29% dos participantes não declararam uma religião oficial, entretanto, destaca-se que, durante as entrevistas, ao responder com os pesquisadores os instrumentos, alguns destes participantes relataram simpatia por práticas de cultos de religiões de raízes africanas, entretanto não se declaravam

seguidores destas religiões. Foi respeitada a vontade dos participantes ao expressarem o desejo de não informar sua religião.

Ao analisarmos as primeiras duas perguntas do DUREL que indicam os dados referentes a RO e RNO, identificamos que os participantes em maioria possuem diariamente envolvimento com atividades religiosas. Este fato está em concordância com o percentual de 95,24% dos pacientes que afirmam ser *“totalmente verdade”* o sentimento da presença de Deus em suas vidas.

Nos quesitos destinados à análise da Religiosidade Intrínseca (RI) dos pacientes, pode-se inferir a partir da significância estatística das três questões finais do DUREL, que grande parte dos pacientes possuem uma vivência de uma religiosidade intrínseca, ou seja, aquela vivência que apresenta um movimento interior, na qual a pessoa busca sentir a Deus por meio da espiritualidade. Esses achados estão em conformidade com estudos atuais ((22);(23) que apontam o espiritual/ transcendental continua tendo um papel significativo na vida das pessoas, mesmo depois de importantes avanços em áreas como Educação, Psicologia e Medicina.

A partir desses resultados para Religiosidade e Espiritualidade, aferimos ser fator importante de estudo no público atendido no ambulatório, tendo em vista que as principais contribuições da religiosidade e da espiritualidade aos pacientes com quadros de insuficiência coronária envolvem: melhorias na dimensão da saúde mental dos pacientes, com influência na percepção individual de saúde, nos hábitos da vida cotidiana e na qualidade de vida geral. A atividade religiosa e/ou espiritual tende a reduzir os fatores de risco da IC (estresse, alimentação não saudável, sedentarismo, entre outros), pois seus efeitos estão relacionados a uma melhor qualidade de vida e das sensações de bem-estar (10);(24).

Pesquisas envolvendo pacientes com insuficiência cardíaca, doenças cardiovasculares, cuidados paliativos, oncologia tem apresentado respostas quanto à redução da ansiedade e depressão e melhora da qualidade de vida associados ao bem-estar espiritual. (22);(25);(2)

Os desfechos dos scores por instrumento, mostram boa adesão ao tratamento e a vivência de uma espiritualidade presente. Essa boa adesão ao

tratamento pode estar sinalizada no tempo de acompanhamento de ambulatório dos pacientes, apresentado na Tabela 1.

Quanto aos scores que apontam a vivência de uma espiritualidade presente nos participantes, segundo análise de estudos da área da saúde publicados entre 2010 e 2015, a espiritualidade está relacionada a sensações de bem-estar, melhoria no autoconceito e no autocuidado, busca de autonomia, maior coerência e coesão interna, mais saúde e qualidade de vida, valores positivos, aumento da resiliência, busca por transcendência e autorrealização, busca e encontro com o sentido da vida, que é obtido por meio da experiência com o sagrado (26)

Uma correlação significativamente importante encontrada foi a Aderência ao tratamento (Remadhe) ao domínio Paz Interior do Whoqol-SRPB. Verifica-se a partir disto que os achados imediatos e tardios do presente estudo estão de acordo com a literatura disponível (27) que a espiritualidade mostrou-se positiva correlação à adesão. Os estudos constataam que em um quadro de IC, ter um bem-estar espiritual influencia seguramente a qualidade de vida dos pacientes, promovendo um maior estado de paz, resultando, portanto, a uma maior satisfação com a vida.

Ratificando esses achados, estudos (7);(28) apontam que a espiritualidade e religiosidade são possíveis de gerar também, nesses sujeitos, paz espiritual, relacionada a estados mentais positivos e qualidade de vida, no aspecto das saúdes física e mental.

Os participantes apresentaram scores relevantes para Qualidade de vida global e na IC. Verificamos que existe correlação entre o Minnesota e os domínios Físico, Psicológico e Social do WhoQol Bref. As facetas avaliadas nesses domínios abordam aspectos importantes para a qualidade de vida dos pacientes. Como exemplo, no domínio Físico, as facetas avaliam dor e desconforto, fadiga e energia, mobilidade, capacidade para o trabalho, atividades da vida cotidiada, já no domínio psicológico avalia fatores como, sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal e no domínio social avalia relações pessoais, suporte social e atividades sexuais. (9)

Correlações positivas entre esses dois instrumentos apontam que os pacientes estudados apresentam níveis satisfatórios de percepção da vida, do seu contexto cultural e social, seus padrões e valores, considerando o diagnóstico de IC e

e suas preocupações. Respeitando a perspectiva de que qualidade de vida engloba o grau de satisfação encontrado na vida, ambiental, social, afetiva e familiar, a autopercepção positiva dos participantes apontada nos exames Minnesota e WhoqolBref demonstram que é possível também correlacionar positivamente estes resultados ao Domínio Admiração do WhoQol – SRPB, que avalia a capacidade de sentir entusiasmo com a vida, dentre outros fatores. (29)

### **LIMITAÇÕES**

Algumas limitações pertinentes a este trabalho podem ser evidenciadas, como a quantidade de instrumentos utilizados e o nível de compreensão que os instrumentos exigiam, que requereu um tempo maior para realização e o intermédio de aplicadores. Em virtude da vivência das mudanças comportamentais e processuais impostas pela Pandemia por COVID-19 o acesso aos pacientes no ambulatório foi restrito, o que derivou no número menor de integrantes da amostra. Por fim, uma limitação inerente a um estudo transversal que impede a aplicação de uma relação causal entre as variáveis.

### **CONCLUSÕES**

A partir desta pesquisa foi possível caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes, bem como identificar os aspectos clínicos básicos destes. Com a extração da média dos scores dos instrumentos e a suas análises, estimou-se a prevalência de espiritualidade e religiosidade, qualidade de vida e adesão ao tratamento da amostra estudada.

O estudo revelou estar presente na vivência dos pacientes uma prática religiosa organizada e uma religiosidade intrínseca forte. Quanto aos aspectos relacionados a adesão ao tratamento, os pacientes apresentaram uma média positiva de adesão.

Foi possível verificar a correlação entre espiritualidade e religiosidade, Qualidade de Vida e Adesão ao tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. Mais estudos são necessários para melhor determinar a associação entre as variáveis Religiosidade e espiritualidade, qualidade de vida e adesão ao tratamento.

1. Public Health Wales. Cardiovascular atlas of variation. Cardiff: NHS Wales; 2019.
2. Conrad N, Judge A, Tran J, Mohseni H, Hedgecote D, Crespillo AP, et al. Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals. *The Lancet*. 2018 Feb 10;391(10120):572–80.
3. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. Vol. 22, *European Journal of Heart Failure*. John Wiley and Sons Ltd; 2020. p. 1342–56.
4. Chun C, Tsang S, Browning J, Todor L, Dougherty S, Kenneth ;, et al. Factors associated with medication nonadherence among Medicare low-income subsidy beneficiaries with diabetes, hypertension, and/or heart failure. Vol. 27, *JMCP.org*. 2021.
5. Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. Vol. 13, *Nature Reviews Cardiology*. Nature Publishing Group; 2016. p. 368–78.
6. Sousa MM de, Oliveira JDS, Soares MJGO, Bezerra SMM da S, Araújo AA de, Oliveira SHDS. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista gaucha de enfermagem*. 2017 Jul 6;38(2):e65885.
7. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. Vol. 27, *Quality of Life Research*. Springer International Publishing; 2018. p. 2777–97.
8. Heckert U, R. Zimpel R. Relações entre espiritualidade / religiosidade e Psiquiatria no Brasil. *HU Revista*. 2020 Feb 18;44(4):425–9.
9. Pedrosa B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. 2010 Jul 1;2(1).
10. Carvalho W do N, Gonçalves KC, Maria G dos SA, Miranda AL, Moreira M da CV. Análise da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca avançada candidatos ou não ao transplante cardíaco. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*. 2020;24.
11. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey.
12. Strelhow MRW, Sarriera JC. Validity evidence of the duke religion index (P-DUREL) among adolescents. *Avaliação Psicológica*. 2018 Jul 1;17(3):330–8.
13. ALVES P, COSTANTINI CO, COSTANTINI CR. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com Insuficiência Cardíaca envolvidos em um programa de exercício físico supervisionado. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2017;23–30.
14. Mantovani VM, Ruschel KB, Nogueira De Souza E, Mussi C, Rabelo-Silva ER, Correspondente A, et al. Artigo Original Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015;28(1):41–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982->
15. Schumacher PM, Becker N, Tsuyuki RT, Griese-Mammen N, Koshman SL, McDonald MA, et al. The evidence for pharmacist care in outpatients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. *ESC Heart Failure*. 2021 Oct 1;8(5):3566–76.
16. da Silva AF, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, da Fé A, et al. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015 Sep 1;23(5):888–94.
17. Gouveia MR de A, Ascensão RMS e. S, Fiorentino F, Costa JNMPG da, Broeiro-Gonçalves PM, Fonseca MCFG da, et al. Current costs of heart failure in Portugal and expected increases due to population aging. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2020 Jan 1;39(1):3–11.
18. Torres RAT, Cintra RB, Sá EC. Critérios para avaliação de incapacidade laborativa na insuficiência cardíaca. *Revista de Medicina*. 2015 Dec 22;94(4):282.
19. Maranhão Broto A, Ana ;, Pedriali B, Resumo G. A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS. Vol. 15. 2017.

20. IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo. 2010.
21. Brandão AAP, Jorge AL. The recent fragmentation of the religious landscape in brazil: In search of explanations. *Revista de Estudos Sociais*. 2019 Jul 1;2019(69):79–90.
22. Ross L, Miles J. Spirituality in heart failure: A review of the literature from 2014 to 2019 to identify spiritual care needs and spiritual interventions. Vol. 14, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 9–18.
23. Andrews dos Santos P, Pereira Ruschel P, Moraes Pfeifer P. Apoio Social e Coping em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Social Support and Coping in Patients with Heart Failure. Vol. 24, *Rev. SBPH*.
24. Ramos MJO, Nascimento NGB, Pinheiro FG de MS, Sousa PHSF, Oliveira JC. Espiritualidade e religiosidade no tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021 Oct 30;10(14):e194101421760.
25. SAVARESE G LL. Carga de saúde pública global de insuficiência cardíaca. *Card Fail Rev*. 2017;3:7–11.
26. Gouvêa Lousada M. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO PUC-SP A espiritualidade na obra de autores da psicologia, saúde e educação.
27. 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. *Journal of Behavioral Medicine*. 2020 Aug 1;43(4):630–7.
28. Forti S, Serbena CA, Scaduto AA. Spirituality/religiousity measurement and health in brazil: A systematic review. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2020 Apr 1;25(4):1463–74.
29. Moreira-Almeida A, Lucchetti G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. *Cienc Cult*. 2016;68:54–7.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abordou a adesão ao tratamento de pacientes com IC e a qualidade de vida dos pacientes com essa condição de saúde. Assim como, a vivência da dimensão espiritual nas suas vidas. O objetivo desta pesquisa foi avaliar os impactos da espiritualidade e religiosidade, qualidade de vida e adesão ao tratamento em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca.

Esta pesquisa possibilitou a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes. A partir da extração da média dos scores dos instrumentos e a suas análises, a prevalência de espiritualidade e religiosidade, qualidade de vida e adesão ao tratamento da amostra foi estudada.

Para a realidade da amostra estudada foi possível identificar a partir dos uma vivência presente de uma prática religiosa organizada e uma religiosidade intrínseca sólida. Nota-se que a espiritualidade é um fator importante a ser considerado nas conduções terapêuticas, tendo em vista a perspectiva que esta é uma dimensão relevante na vida dos pacientes e pode interferir positivamente no enfrentamento dos percalços pertinentes ao tratamento.

Mais estudos são necessários para melhor determinar a associação entre as variáveis Religiosidade e espiritualidade, qualidade de vida e adesão ao tratamento.

Por fim, entende-se que esta pesquisa, é uma importante ferramenta para análise dos fatores associados entre qualidade de vida e espiritualidade em pacientes com IC, não encerrando aqui, despertando a necessidade de mais estudos que possibilitem a partir de métodos e delineamentos diferentes evidenciar mais fortemente as relações entre espiritualidade e saúde, tendo em vista a recente abordagem das temáticas.

Sugeres-se para tanto uma agenda de pesquisa, começando com a revisão do artigo proposto após a apreciação da revista no mês de dezembro de 2022. Em fevereiro de 2023, a ampliação da análise dos dados coletados nesta pesquisa para outras questões dos instrumentos aplicados. Em abril, submissão de novo artigo com dados voltados aos aspectos tratados no whoqol spirituality e remadhe. Em agosto de 2023, submissão em revista multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

ABU, H. O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J. J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. J., & Kiefe, C. I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(11), 2777–2797. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4>

ALBUQUERQUE D. C et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca: aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arq Bras Cardiol.**, v. 104, n. 6, p. 433-42, 2015.

ALVAREZ et al. Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. *Espiritualidade e Tratamento de Insuficiência Cardíaca. Arq Bras Cardiol.*, 2016 [online]. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt\\_0066-782X-abc-20160076.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160076.pdf)> Acesso em: 10 out. 2019.

ALVES, P. K et al. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com Insuficiência Cardíaca envolvidos em um programa de exercício físico supervisionado. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 8, n. 1, abr., p. 23-30, 2017.

ACC/AHA Key Data Elements and Definitions for Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Data Standards (Writing Committee to Develop Clinical Data Standards for Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2021;Mar 23:[Epub ahead of print].

BRANDÃO, A. A. P; JORGE; A. L. J. A recente fragmentação do campo religioso no Brasil: em busca de explicações. **Revista de Estudos Sociais** [En línea], 69 | 01 julio 2019, Publicado el 09 julio 2019, consultado el 10 de julio 2022. URL: <http://journals.openedition.org/revestudsoc/46128>

BISPO JUNIOR, J. P; SANTOS, D. B. Covid-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 37, n.10, p. 1-14, ago., 2021.

Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-37-10-e00119021.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

BOCCHI E. A et al. Sociedade Interamericana de Cardiologia. A realidade da insuficiência cardíaca na América Latina. **J Am Coll Cardiol.**, v. 62, n. 11, p. 949-58, set., 2013. Acesso em: 27 fev. 2022. Disponível em: <A realidade da insuficiência cardíaca na América Latina - PubMed (nih.gov).>

BORGES CC, Dos Santos PR, Alves PM, Borges RCM, Lucchetti G, Barbosa MA, Porto CC, Fernandes MR. Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Oct 21;19(1):246. doi: 10.1186/s12955-021-01878-7. PMID: 34674713; PMCID: PMC8529786.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. 2018-2020. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BROTTO, Aline Maran; GUIMARAES, Ana Beatriz Pedriali. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 43-68, jan. 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092017000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 mar. 2022.

CANESIN, et al. **Suporte avançado de vida em insuficiência cardíaca: SAVIC**. 5 ed. Santana de Parnaíba, São Paulo: Manole, 2021.

CARVALHO W. N et al. Análise da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca avançada candidatos ou não ao transplante cardíaco. **REME - Rev Min Enferm.**, 2020. Disponível em: <[e1301.pdf \(gn1.link\)](#)> Acesso em: 22 fev. 2022

CASTRO, R. A. de et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], v. 31, n. 2, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200004>>. Acesso em: 3 mar. 2022.

Catré, Maria & Ferreira, Joaquim & Pessoa, Teresa & Pereira, Marco & Canavarro, Maria & Catré, Acácio. (2014) O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRP. **Análise Psicológica**. VL - 4. doi - 10.14417/ap.872

CLARK, CC; HUNTER, J. (2019). Espiritualidade, bem-estar espiritual e enfrentamento espiritual na insuficiência cardíaca avançada: revisão da literatura. *Journal of Holistic Nursing*, 37 (1), 56–73. <https://doi.org/10.1177/0898010118761401>

**CENSO DEMOGRÁFICO 2010**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. In: **IBGE**. Sidra: sistema **IBGE** de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2011.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa et al. Distribuição Espacial de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca no Brasil, 1996-2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [online]. 2022, v. 118, n. 1 [Acessado 12 Julho 2022], pp. 41-51. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20201325>>. Epub 21 Fev 2022. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.36660/abc.20201325>.

CONRAD N, Juiz A et al. Tendências e padrões temporais na incidência de insuficiência cardíaca: um estudo populacional de 4 milhões de indivíduos. 18:611-620. **Lanceta** 2018; 391:572-580

COSTA, S. A. et al. Prognostic Factors in Severe Chagasic Heart Failure. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 108, n. 3, p. 246-254, 2017.

CRUZ, R. S. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. **Saúde & tecnologia**, n. 18, p. 11-16, nov., 2017. ISSN: 1646-9704

DE FREITAS, Marta Helena. Psicologia religiosa, psicologia da religião/espiritualidade, ou psicologia e religião/espiritualidade?. **Revista Pistis Praxis**, v. 9, n. 1, p. 89-107, 2017.

DE SOUZA, João Paulo Bezerra et al. Espiritualidade Enquanto Estratégia Subjetiva em Busca de Sentido para a Vida. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 12, n. 39, p. 505-518, 2018.

DIAS, E.N. **Religiosidade e fatores associados**: um estudo com residentes na cidade de Itajubá, Minas Gerais. São Paulo, 2012.

ESPINDULA, J. A; VALLE, E. R. M. do; BELLO, A. A. Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1229-1236, dez., 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000600025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 out. 2019.

EZEKOWITZ J. A; O' MEARA, E; MCDONALD M. A. Comprehensive Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Heart Failure. **Can J Cardiol.**, v. 33, n. 11, p. 1342-1433, nov., 2017.

FOCH, de L.F. et al. Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2017;69 (2):53-71. ISSN: 0100-8692. Disponível em: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=229053873005>

FIGUEIREDO, J. A. de et al. Doença de Coronavírus-19 e o Miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]**, v. 114, n. 6, 2020. Acesso em: 1 mar. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20200373>>.

FIGUEIREDO, J. H. C. **Estudo da qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca em tratamento em um ambulatório especializado de um hospital universitário no rio de janeiro**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2014.

FLECK M. P. A et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL- bref". **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2 p. 178-83, 2000. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2000.v34n2/178-183>>. Acesso em: 11 out. 2019.

FORTI, Samanta, SERBENA, Carlos Augusto e SCADUTO, Alessandro Antonio. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 4 [Acessado 11 Julho 2022] , pp. 1463-1474. Disponível em: <

81232020254.21672018>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 1678-4561.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>.

FRANKL, V. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrante; 1973.

FREITAS, M. H. de. Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais. **Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 89-105, jan.-abr. 2014. Disponível em:  
 <<http://www.redalyc.org/html/4497/449748253006/>>. Acesso em: 04 ago. 2019.

GALVÃO, Taís Freire, Pansani, Thais de Souza Andrade e Harrad, David Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 6 Julho 2022] , pp. 335-342. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>>. Epub Apr-Jun 2015. ISSN 2237-9622.  
<https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>.

GILLILAN, R., Qawi, S., WEYMILLER, A.J. *et al.* Spiritual distress and spiritual care in advanced heart failure. **Heart Fail Rev** **22**, 581–591 (2017).  
<https://doi.org/10.1007/s10741-017-9635-2>

GOUVEIA, M. R. DE ALMEIDA *et al.* Os custos da insuficiência cardíaca em Portugal e a sua evolução previsível com o envelhecimento da população. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Volume 39, Issue 1, 2020, Pages 3-11, ISSN 0870-2551, <https://doi.org/10.1016/j.repc.2019.09.006>.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255119305943>)

Groenewegen, A.; Frans, H.; Rutten, A.; Mosterd, A. W. Hoes Epidemiology of heart failure. **Jornal Europeu de Insuficiência Cardíaca** (2020) **22**, 1342– 1356  
 doi:10.1002/ejhf.1858

JUNIOR, E. A. S *et al.* Prevalência de pacientes notificados com hanseníase no município de São Luís, Maranhão, durante 2010-2020. **Rev. Nursing – São Paulo**: abril 2022. Acesso em: 15 de maio 2022. Disponível em:  
<https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2392/2936>

KOENIG, H. M *et al.* Religião, Espiritualidade e Saúde Mental. **The Journal of Nervous and Mental Disease**: Outubro 2012 – V. 200 – Ed. 10 - p 852-855 doi: 10.1097/NMD.0b013e31826b6dle

KOENIG, H. G; BUSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a fiveitem measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, n. 1, p. 78-85, 2010. Disponível em: <<http://www.mdpi.com/2077-1444/1/1/78/pdf>> Acesso em: 11 out. 2019.

KOENIG, Harold G. Spirituality and mental health. **International journal of applied psychoanalytic studies**, v. 7, n. 2, p. 116-122, 2010.

KOENIG, Harold et al. **Handbook of religion and health**. Oup Usa, 2012.

LEWINSON, LP, McSherry, W., Kevern, P. ( 2015 ). Espiritualidade na educação e prática de enfermagem pré-registro: uma revisão da literatura . *Nurse Education Today*, 35, 806 - 814 . doi: [10.1016/j.nedt.2015.01.011](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.011)

LOPEZ, S. R et al. Ambulatory Patients with Cardiometabolic Disease and Without Evidence of COVID-19 During the Pandemic. The CorCOVID LATAM Study. **Global Heart**, v. 16, n. 1, p. 15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5334/gh.932>

LUCCHETTI, G. et al. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber?. *Rev Bras Clin Med* 2010;8(2):154-8. Disponível em: [Espiritualidade-na-prática-clínica-o-que-o-clínico-deve-saber.pdf \(amemq.com.br\)](https://www.amemq.com.br/revista/2010/8(2)/154-8.pdf). Acesso em: 10 de set de 2020.

LUCCHETTI, G; LUCCHETTI, A. L. Spirituality, religion, and health: over the last 15 years of field research (1999-2013). **Int J Psychiatry Med**, (2014).

MANTOVANI, V. M et al. Adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca em acompanhamento domiciliar por enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. v. 28, n. 1. 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500008>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

MARIOTTO NETO, L. A. Considerações sobre a relação entre a psicologia e a experiência religiosa do sagrado. In: MÄDER, Bruno Jardini (Org.). **Paradigmas científicos e perspectivas não hegemônicas na psicologia**. Curitiba: CRP-PR, p. 83-95, 2016.

MARTINEZ, E. Z et al . Investigação das propriedades psicométricas do Duke Religious Index no âmbito da pesquisa em Saúde Coletiva. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 419-427, dez. 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000400419&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000400419&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400040016>.

MOREIRA-ALMEIDA, A; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Cienc. Cult.**, São Paulo , v. 68, n. 1, p. 54-57, mar. 2016. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=pt&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252016000100016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mar. 2022

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, p. 12-15, 2010

OLIVEIRA, L. M. de et al. Qualidade de vida e qualidade do sono na insuficiência cardíaca. **ConScientiae Saúde**, v. 17, n.4, p. 371-377, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.5585/ConsSaude.v17n4.8460>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Bases de dados – observatório regional de saúde. Estatísticas da Saúde Mundial: monitorando a saúde para os ODS. Genebra: Organização Mundial da Saúde: 2016. Disponível em: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/) .

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. **J Behav Med.** 2020 Aug;43(4):630-637. doi: 10.1007/s10865-019-00101-9. Epub 2019 Sep 14.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida.** v. 02, n. 01, jan./jun. 2010, p. 31-36. DOI: 10.3895/S2175-08582010000100004

PONIKOWSKI P, V. A. A et al. ESC Guideline for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. **Eur Heart.**, v. 37, p. 2129-200, 2016.

ROHDE, L. E. P et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol.** 2018 Sep;111(3):436-539. Portuguese. doi: 10.5935/abc.20180190. Erratum in: *Arq Bras Cardiol.* 2019 Jan;112(1):116. PMID: 30379264.

ROSS, Linda; MILES, Jackie. Spirituality in heart failure: a review of the literature from 2014 to 2019 to identify spiritual care needs and spiritual interventions. **Curr Opin Support Palliat Care.** Volume 14. Number 1 March 2020.

Santos Priscilla Andrewns dos, Ruschel Patricia Pereira, Pfeifer Paula Moraes. Apoio Social e Coping em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. **Rev. SBPH** [Internet]. 2021 Dez [citado 2022 Jul 13]; 24( 2 ): 151-162. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582021000200013&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000200013&lng=pt).

SANTOS, A. C. S et al . Insuficiência cardíaca: estratégias usadas por idosos na busca por qualidade de vida. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 5, p. 857-863, Oct. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00341672011000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00341672011000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 de out. 2019.

SAVARESE G, Lund L. Carga de saúde pública global de insuficiência cardíaca. **Card Fail Rev** 2017; 3:7-11.

SCHUMACHER, P. M., et al. The evidence for pharmacist care in outpatients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. **ESC Heart Fail.** 2021 Oct;8(5):3566-3576. doi: 10.1002/ehf2.13508. Epub 2021 Jul 8. PMID: 34240570; PMCID: PMC8497358.

SEIDL EMF, Z. CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública = Rep Public Health**. 2004

SILVA A. F et al. Adesão ao tratamento em pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados por enfermeiras em duas clínicas especializadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, set-out. 2015.

SILVA A. N. et al. Self-efficacy beliefs, locus of control, religiosity and non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplant patients. **Nephrology (Carlton)**., nov., 2016.

SILVA, J. B. da; SILVA L. B. da. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. **Rev. Logos&Existência**. v. 3, n.2, p. 203-215, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/viewFile/22107/12148>>. Acesso em: 21 fev. 2020.

SIQUEIRA, H.C.H. Espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico: olhar do enfermeiro. **Rev enferm UFPE on line**., Recife, 11(8):2996-3004, ago., 2017. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201702 Acesso em: 03 de out de 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA\2021. Resumo das Comunicações DEIC 2021. XIX CONGRESSO BRASILEIRO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 6, Supl. 1, junho 2021. Disponível em: [DEIC\\_2021.x44344.pdf \(abccardiol.org\)](https://www.abccardiol.org/DEIC_2021.x44344.pdf) Acesso em: 10 de fev de 2022.

SOUSA, M. M. de et al . Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, e65885, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000200410&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200410&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 abr. 2019.

STRELHOW Miriam Raquel Wachholz, Sarriera Jorge Castellá. Evidências de validade do índice de religiosidade de duke (P-DUREL) entre adolescentes. *Aval. psicol.* [Internet]. 2018 [citado 2022 Jul 13]; 17( 3 ): 330-338. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712018000300007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712018000300007&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1703.14630.06>.

TAUNAY T. C et al. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL). **Rev Psiquiatr Clin.**, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000400003)>. Acesso em: 12 out. 2019.

TORRES, et al. Critérios para a avaliação de incapacidade laborativa na insuficiência cardíaca. **Rev Med (São Paulo)**. 2015 out.-dez.;94(4):282-8. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.94i4p282-288>



UNVERZAGT, S. et al. Improving Treatment Adherence in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis of Pharmacological and Lifestyle Interventions. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 113, n. 25, p. 423, 2016.

WACHELDER EM, Moolaert VR, van Heugten C, Gorgels T, Wade DT, Verbunt JA. Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. *Resuscitation*. 2016 Dec;109:81-86. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.09.025. **Epub** 2016 Oct 11. PMID: 27737773.

WESTLAKE, C; DRACUP, K. Role of spirituality in adjustment of patients with advanced heart failure. **Prog Cardiovasc Nurs.**, v. 16, n. 3, p. 119-25, 2001. Disponível em: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/114644340](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/114644340)> Acesso em: 14 out. 2019.

WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. **Social Science and Medicine**, v.62, n. 6, p. 1486-1497, 2005.

WHOQOL Group. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)**. In: Orley, J. & Kuyken, W. (Eds.) *Quality of life assessment: international perspectives*. Springer Verlag, Heidelberg, p. 041-60, 1994.

ZANGARI, Wellington et al. **Psicologia&Religião**: histórico, subjetividade, saúde mental, manejo, ética profissional e direitos humanos. São Paulo, YAN Comunicação, 2018. Disponível em: <[https://www.usp.br/interpsi/?page\\_id=368](https://www.usp.br/interpsi/?page_id=368)>. Acesso em: 21 mar. 2019.

ZIMPEL, R. R; HECKERT, U. Relações entre espiritualidade/religiosidade e Psiquiatria no Brasil. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 425-429, out./dez. 2018.

ZIAEIAN, B; FONAROW, G. C. Epidemiology and aetiology of heart failure. **Nature Reviews Cardiology**, v. 13, n. 6, p. 368-378, jun., 2016.

ANEXOS

## ANEXO A – Índice de Religiosidade da Universidade Duke

Moreira-Almeida, A. et al. / Rev. Psiq. Clín 35(1); 31-32, 2008

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ANEXO B- *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (Tradução para o Português)

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria por quê?

	Pré	6m	12m	18m	24m	36m	48m
1. Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2. Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3. Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4. Tornando seu trabalho doméstico difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. Tornando suas saídas de casa difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6. Tornando difícil dormir bem a noite	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7. Tornando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8. Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9. Tornando seus passatempos, esportes e diversão difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Tornando sua atividade sexual difícil	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11. Fazendo você comer menos as comidas que você gosta	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12. Causando falta de ar	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13. Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. Obrigando você a ficar hospitalizado	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15. Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. Causando a você efeitos colaterais das medicações	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17. Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18. Fazendo você sentir uma falta de auto controle na sua vida	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
19. Fazendo você se preocupar	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20. Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21. Fazendo você sentir-se deprimido	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

NÃO

MUITO  
POUCO

DEMAIS

0

1

2

3

4

5

ANEXO C –

# WHOQOL-SRPB



OMS

UFRGS  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

## Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - Módulo Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (SRPB).

Nº 

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

As seguintes perguntas indagam a respeito das suas **crenças espirituais, religiosas ou pessoais**, e como essas crenças afetaram a sua qualidade de vida. Estas perguntas são planejadas para serem aplicáveis a pessoas com origem em muitas culturas diferentes, com uma variedade de crenças espirituais, religiosas ou pessoais. Se você acredita em determinada religião, como por exemplo o Judaísmo, Cristianismo, Islamismo ou Budismo, você provavelmente responderá às perguntas a seguir lembrando-se das suas crenças religiosas. Se não seguir a uma religião específica, mas ainda acredita que existe algo mais elevado e mais poderoso além do mundo físico e material, você poderá responder às perguntas que seguem a partir desta perspectiva. Por exemplo, você pode acreditar em uma força espiritual superior ou no poder curativo da Natureza. Por outro lado, você talvez não acredite em uma entidade espiritual superior, mas poderá ter crenças pessoais fortes ou algo que segue, como, por exemplo, acreditar em uma teoria científica, um modo de vida pessoal, uma determinada filosofia ou código moral e ético.

Quando em algumas perguntas forem utilizadas palavras como espiritualidade, por favor, responda em termos de seu próprio sistema de crença pessoal, seja ele religioso, espiritual ou pessoal.

As perguntas a seguir indagam como as suas crenças afetaram diversos aspectos da sua qualidade de vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, uma pergunta é: “Até que ponto você se sente ligado à sua mente corpo e alma? Se você tiver vivenciado muito isso, faça um círculo em torno do número abaixo de “muito”. Se não tiver vivenciado isto em nenhum momento, faça um círculo em torno do número abaixo de “nada”. Você deve fazer um círculo em torno de um dos números no meio, se desejar indicar que a sua resposta está em algum ponto entre “Nada” e “Muito”. As perguntas referem-se **às últimas duas semanas**.

SP1.1 Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP1.2 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP1.3 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP1.4 Até que ponto alguma ligação com um ser espiritual conforta/tranquiliza você?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.1 Até que ponto você encontra um sentido na vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.2 Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.3 Até que ponto você sente que a sua vida tem uma finalidade?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP2.4 Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP5.1 Até que ponto você sente força espiritual interior?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP5.2 Até que ponto você pode encontrar força espiritual em épocas difíceis?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP8.1 Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP8.2 Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP8.3 Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP3.2 Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP3.3 Até que ponto você tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP3.4 Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP7.1 Quão esperançoso você se sente?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP7.2 Até que ponto você está esperançoso com a sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP3.1 Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (por exemplo: natureza, arte, música)

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP4.1 Até que ponto você sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP4.3 Até que ponto você sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP4.4 O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP5.3 O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP5.4 Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP6.1 Até que ponto você se sente em paz consigo mesmo?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP6.2 Até que ponto você tem paz interior?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP6.3 O quanto você consegue sentir paz quando você necessita disso?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP6.4 Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP7.3 Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP7.4 O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

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

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

SP4.2 Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 5
-------------------------	-------------------	---	-----------------	-----------------------



ANEXO D –

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE  
MENTAL ORGANIZAÇÃO  
MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEBRA

**Coordenação do GRUPO**

**WHOQOL no Brasil Dr. Marcelo**

**Pio de Almeida Fleck**

**Professor Titular**

**Departamento de Psiquiatria e  
Medicina Legal Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul  
Porto Alegre – RS - Brasil**

## Instruções

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

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

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

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

Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

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

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**ANEXO E - Comprovante de Submissão do Artigo em Revista Qualis B2 – Medicina**  
1

Arquivos Brasileiros de Cardiologia



## ABC Cardiol Journal

**TÍTULO: IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE E  
ESPIRITUALIDADE NA ADESÃO AO TRATAMENTO E  
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM  
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Journal:	<i>Arquivos Brasileiros de Cardiologia</i>
Manuscript ID:	ABC-2022-0513
Manuscript Type:	Original Article
Subject/Field of study:	Heart Failure
Type of Study:	Other
Keywords - Please find your keywords from the following lists <a href="http://decs.bvs.br/" target="_blank">http://decs.bvs.br/</a> and <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh" target="_blank">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh</a>.:	RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE, INSUFICIÊNCIA CARDÍACA, QUALIDADE DE VIDA, ADESÃO AO TRATAMENTO

SCHOLARONE™  
Manuscripts

APÊNDICES

**APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO MARANHÃO CENTRO  
DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS DA SAÚDE MESTRADO  
ACADÊMICO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

<p>Comitê de Ética da Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA</p>
--

Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro – São Luís-MA – Brasil

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**Título do Estudo:**

**A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E SUA RELAÇÃO  
COM A QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO  
TRATAMENTO DE PACIENTES AMBULATORIAIS COM  
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Você está sendo convidado a participar de um estudo que se destina a Avaliar a associação entre espiritualidade, adesão ao tratamento e qualidade de vida em pacientes ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. Este estudo é importante porque irá contribuir para que sejam avaliados a relação entre espiritualidade e religiosidade adesão ao tratamento e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Insuficiência Cardíaca.

O estudo será feito da seguinte maneira: sua participação envolve 01 questionário sobre adesão para o tratamento da insuficiência cardíaca, 02 questionários para avaliação da qualidade de vida (genérica e específico para a doença), 02 instrumentos para estudo da religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais. As informações referentes as questões econômico-social e tratamento clínico, serão avaliadas a partir do seu prontuário no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca.

Tendo em vista que esta pesquisa envolve questões de ordem psíquica e emocional, é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: timidez e ansiedade. Os benefícios que você deverá esperar com a sua participação na pesquisa, mesmo que indiretamente, serão: contribuições para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Para confirmar sua participação na pesquisa é necessário assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual lhe será disponibilizado uma via.

Sempre que você desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre o estudo. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.



Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Assegura-se que esta pesquisa responde às exigências da Resolução 466/12 e que todos os cuidados éticos serão tomados com o intuito de evitar e/ou reduzir qualquer dano.

---

**Pesquisador Responsável**

JOSÉ ALBUQUERQUE DE FIGUEIREDO NETO

Prof. Dr. em Cardiologia

Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro – São Luís-MA – Brasil

[jafneto@terra.com.br](mailto:jafneto@terra.com.br)

Professor/Orientador do Mestrado

---

**Pesquisador**

**Participante**

KALINE SILVA

AZEVEDO CPF:

006.457.573-06

RG: 96280098-8

Profª. Especialista em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial Rua I Quadra I casa10  
Altos do Calhau – São Luís – MA CEP:

65066-170

kalinesa@hotmail

ail.com Discente do

Programa de

Mestrado

em Ciências da Saúde - UFMA

---

**Participante da Pesquisa**

São Luís, \_\_\_\_\_ de 2020.

## APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

## QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

1- Sexo

 Masculino ( ) Feminino

2- Idade em anos completos

60 anos

3- Estado civil

 Solteiro/a  Casado/a  Separado/a /Divorciado/a  Viúvo/a  Outros

4- Escolaridade

 Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental completo Ensino Médio completo ( ) Nível Superior Incompleto ( ) Nível Superior completo Pós-graduação Incompleto ( ) Pós-graduação completo

5- Está trabalhando

 Sim  Não

6- Ocupação

 do lar;  aposentado/a;  pensionista;  empregado/a com carteira assinada; autônomo/profissional liberal *invaliz*

7- Condição socioeconômica

 1 a 4 salários mínimos ( ) 5 a 9 salários mínimos  acima de 10 salários mínimos.

8- Tempo de progressão da doença, meses

4 mes

9- Tempo de acompanhamento no ambulatório de IC, meses

1 4 anos

10- Classificação funcional da New York Heart Association:

 I ( ) II ( ) III ( ) IV