



Influência da espiritualidade e religiosidade no tratamento de uma doença crônica não transmissível. O que podemos aprender?

  <https://doi.org/10.56238/ciesaudesv1-113>

Stephanie Rodrigues Schaff

Elise Souza dos Santos Reis

Mário Augusto Cray da Costa

Cassiano Ianke

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública e importante fator de risco para doenças cardiovasculares. A religiosidade/espiritualidade (R/E) são práticas que podem interferir tanto na adesão quanto nas metas terapêuticas de certas doenças. Objetivo: Avaliar o grau de influência da R/E no tratamento de uma doença crônica não transmissível. Método: Estudo

realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital de alta complexidade (HAC) e uma unidade básica de saúde (UBS). Foram avaliados 240 pacientes segundo escalas acreditadas para avaliação da R/E e adesão ao tratamento. Os pacientes foram separados em grupo com R/E e grupo sem R/E. Resultados: No grupo geral houve predomínio do sexo feminino (68,4%) no grupo com R/E e do sexo masculino (54,1%) no grupo sem R/E (p: 0,006). A cor de pele branca prevaleceu em ambos os grupos com diferença estatística (79,3% x 67%, p: 0,069). Em relação à adesão terapêutica, obteve-se a prevalência de alta adesão tanto no grupo com quanto no grupo sem R/E (82% x 69%, p: 0,026). O grupo com R/E do HAC obteve maior alcance das metas terapêuticas (52,8% x 35,5%, p: 0,033). Já na UBS houve alto grau de adesão em ambos os grupos com diferença estatística (83,3% x 63%, p: 0,011).

1 INTRODUÇÃO

São considerados hipertensos pacientes que apresentam pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg, realizadas em duas ou mais medições em condições ótimas (consultório) e monitorização ambulatorial da pressão arterial com PA $\geq 135/85$ mmHg em vigília e monitorização residencial da pressão arterial PA $\geq 135/85$ mmHg. No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública, pois atinge 32,5% (36 milhões) de cidadão adultos e mais de 60% dos idosos, sendo relacionada tanto direta quanto indiretamente à 50% das mortes por doença cardiovascular.

Estudos evidenciam que menos de 20% da população de hipertensos têm a pressão controlada ($<140/90$ mmHg se baixo risco cardiovascular sem lesão de órgão alvo ou $<130/80$ mmHg se médio/alto risco com lesão de órgão alvo), sendo a baixa adesão ao tratamento uma das principais causas.

Diversos aspectos influenciam na adesão ao tratamento e podem estar ligados a fatores pessoais dos pacientes como aspectos socioeconômicos e religiosidade/espiritualidade (R/E). De acordo com o Departamento de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, espiritualidade constitui-se da soma de fatores morais, mentais e emocionais que são capazes de influenciar pensamentos e comportamentos. Já religiosidade pode ser definida a partir da intensidade das crenças e práticas seguidas de uma religião, podendo ser organizacional (igrejas, templos ou serviços religiosos) ou não organizacional (práticas religiosas individuais).

A R/E são práticas que podem interferir na evolução de certas doenças. Assim, práticas e crenças religiosas também são parâmetros que influenciam no progresso de determinadas doenças e servem como forma de bem-estar social e emocional.

2 OBJETIVO

O presente estudo tem o objetivo de analisar a influência da religiosidade e espiritualidade no tratamento de doenças crônicas e o que podemos aprender

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, observacional e transversal, desenvolvido no ambulatório de cardiologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa (hospital de referência da 3ª Regional de Saúde que compreende 28 municípios), um hospital de alta complexidade (HAC) no período de setembro de 2020 a dezembro de 2020 e pacientes pertencentes ao programa de HIPERDIA (programa do Ministério da Saúde que visa o cadastro e acompanhamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos próximo de sua moradia, o que garante melhor qualidade de vida aos pacientes) da Unidade Básica de Saúde Adam Polan (unidade situada no bairro Nova Rússia em Ponta

Grossa) entre agosto de 2021 e dezembro de 2021. O presente estudo teve uma pausa na coleta dos dados devido ao fechamento das unidades básicas de saúde (UBS) no período da pandemia.

O HAC é formado por oito consultórios, constituído por uma equipe médica com quatro cardiologistas atendendo em dias diferentes, com média de 80 pacientes semanalmente. Já a UBS, a qual possui um fluxo em média de 50 pacientes ao dia, é constituída por 3 consultórios, contendo apenas um médico para as consultas. Porém, no período da coleta de dados, foi reduzido o número de atendimentos ambulatoriais devido a pandemia do coronavírus (COVID-19) iniciada em março de 2020, limitando o número de participantes da pesquisa. Na UBS a falta de médicos e o período de pandemia em que as UBS estavam fechadas também limitaram o número da amostra.

Os pacientes foram abordados no dia da consulta ambulatorial e os questionários aplicados ao menos uma vez por semana em um único período ao dia em ambas as instituições. Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de hipertensão, maiores de dezoito anos com necessidades de tratamento farmacológico, sem déficits cognitivos (que tenham entendimento sobre o questionário) e que aceitaram participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Parecer nº4.070.414.

A adesão terapêutica foi avaliada por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens, versão em português da Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), traduzida e validada para realização do presente estudo. Contendo as seguintes perguntas:

1. Você às vezes esquece de tomar os seu(s) remédio(s) para pressão?
2. Nas duas últimas semanas, houve algum dia que você não tomou seu(s) remédio(s) para pressão alta?
3. Você já parou de tomar seu(s) remédio(s) ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
4. Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seu(s) medicamento(s)?
5. Você tomou seu(s) medicamento(s) para pressão alta ontem?
6. Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seu(s) remédio(s)?
7. Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
8. Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seu(s) remédio(s) de pressão?

Para este estudo foram acrescentadas perguntas objetivas, como:

- Você toma quantos anti-hipertensivos?
- Qual(is) classe(s) de anti-hipertensivos?
- Pressão atual do paciente?
- Paciente atingiu a meta terapêutica? – considerado a meta PA < 140/90mmHg sem lesão de órgão alvo e < 130/80mmHg quando lesão de órgão alvo. Para cada resposta foi atribuído uma pontuação de: Após a obtenção das respostas de cada item da escala, foi realizada a soma dos pontos e a divisão pelo número total de questões o que, (convertida para aderentes e não aderentes), obedecendo aos seguintes critérios: os pacientes considerados como aderentes foram os que obtiveram as pontuações 6 (nunca) e 5 (raramente) e os não aderentes foram os que obtiveram pontuações abaixo de 5.

A religião foi testada usando a versão brasileira certificada de Duke Religiosity Index. Essa escala é composta por cinco elementos, medindo três faces da religião, religiosidade organizacional, religiosidade não organizacional, e religiosidade intrínseca. A primeira pergunta inclui religiosidade organizacional, solicita horários de visita em igrejas, templos ou outras reuniões religiosas, e opções de resposta numeradas de 1 (“Uma vez por semana”) a 6 (“Nunca”). A segunda é sobre religiosidade não organizacional (a frequência de cada atividade religiosa, como oração e leitura da Bíblia), e o número de opções de resposta numeradas de 1 (“Muitas vezes ao dia”) a 6 (“Raro ou nunca”). As três

últimas questões apontam para religiosidade intrínseca, em que o entrevistado deve responder entre 1 (“Minha verdade absoluta”) a 5 (“Não é verdade”) na medida em que cada frase sobre uma crença ou experiência religiosa se aplica à sua vida. Antes de fazer um total, cada item foi reescrito, ou seja, para as duas primeiras questões, 1 ponto 6, 2 pontos 5 e assim sucessivamente. Para as três últimas questões, o procedimento foi o mesmo: 1 ponto 5; 2, 4 e assim por diante. O resultado é de 5 a 27, com valores altos indicando altos níveis de religiosidade, contém as seguintes perguntas:

1. Frequência que vai na igreja, templo ou encontros religiosos
2. Frequência de atividades religiosas individuais
3. Sentimento da presença de Deus
4. Crenças religiosas por trás da maneira de viver
5. Esforço para viver a religião

A partir do questionário, foram acrescentadas tais perguntas:

- Qual a sua religião?
- Você acredita que sua crença tem influência nos seus hábitos de vida?

5

Após o preenchimento dos questionários, os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo com R/E e grupo sem R/E.

A partir disso, foram analisadas características sociodemográficas como: idade, sexo, cor da pele, estado civil, escolaridade, o qual foi considerado baixa escolaridade quando não terminou o ensino fundamental e alta escolaridade a partir do curso do ensino médio e renda familiar mensal (foi considerado baixa renda até um salário-mínimo).

Análise estatística

Os dados foram tabulados no aplicativo Excel® versão (2010). Para a análise dos resultados foi utilizado o software SPSS Statistics, versão 28.0. (Chicago, IL, EUA). A descrição das variáveis quantitativas da amostra foi feita através de porcentagem e a análise quantitativa por meio de média e desvio padrão. Todas as variáveis individualmente foram associadas à R/E. Para a associação à R/E foi verificada com o teste qui-quadrado. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de setembro de 2020 a dezembro de 2020 foram entrevistados 120 pacientes no hospital de alta complexidade (HAC) e entre agosto de 2021 a dezembro de 2021 coletados os dados de 120 pacientes na UBS. Sendo atendidos em média 1.280 pacientes no HAC durante o período da coleta de dados e média de 3.200 pacientes na UBS no período da pesquisa, ou seja, nossa amostra constitui-se de 13,1% dos pacientes totais atendidos nos períodos das coletas de dados nos centros de

atendimentos referidos. A partir disso, constituiu-se a amostra de 240 entrevistados, que preencheram os critérios de inclusão. Em ambos os centros de atendimentos os pacientes foram separados em grupos: grupo com R/E e grupo sem R/E. Quando analisamos o grupo como um todo podemos observar uma semelhança na média de idade superior a 62 anos em ambos os grupos. Resultado parecido com o estudo sobre Prevalência, Consciência, Tratamento e Influência de Variáveis Socioeconômicas no controle da pressão arterial, que mostra a faixa etária entre acima de 60 anos como prevalente na HAS

Em relação ao gênero, houve predomínio do sexo feminino (68,4%) para o grupo com R/E em comparação ao grupo sem R/E onde a prevalência foi do sexo masculino (54,1%) com diferença estatística p: 0,006. Dados similares com o estudo realizado em dois hospitais gerais, sendo a amostra de 656 adultos e mostra maior prevalência do sexo feminino para R/E.¹⁶

Houve o predomínio na cor de pele branca em ambos os grupos (79,3% x 67%) com diferença estatística p: 0,069. O que pode ser explicado pela região onde os dados foram coletados, pois de acordo com o Datasus 2021 mais de 70% da população paranaense se autodeclararam brancos. Resultados contrários aos encontrados no estudo Corações do Brasil em que observou-se a prevalência da pele preta para HAS (34,8%).¹⁰

Não tivemos diferença estatística quando avaliamos a renda familiar mensal, estado civil e escolaridade. Porém, um estudo realizado em uma UBS de Belém do Pará em 2017 observou predomínio da HAS em pacientes de baixa renda, casados e com baixa escolaridade, o que foi condizente com a nossa amostra, a qual prevaleceu o ganho de até um salário-mínimo (69,7% x 73%), situação conjugal casados (60% x 56,5%) e baixa escolaridade. Indivíduos portadores de HAS, que vivem com companheiro (moram juntos independente se casados ou não), têm uma melhor adesão ao tratamento quando comparados aos solteiros. E mostra que adultos com baixa escolaridade (analfabetos ou 6 fundamental incompleto) apresentaram a maior prevalência de HAS autorreferida (31,1%).¹

No estudo NHANES III (Third National Health and Nutrition Examination Survey) analisou 14.475 americanos e foi observado que os pacientes que frequentavam mais os serviços religiosos obtiveram redução na prevalência da HAS e menores níveis pressóricos. Na universidade de Duke avaliou 3.963 idosos com R/E, que tiveram diminuição de 40% na hipertensão diastólica em comparação aos pacientes que não tinham (OR 0,60, p < 0,0001).

Uma nova linha de pesquisa na área da hipertensão surge com base nessas informações. Desse modo, as variáveis psicológicas, comportamentais e culturais podem ter um papel importante no curso de doenças cardiovasculares. Embora a doença seja a mesma e a rede de saúde pública possua atendimento em níveis de complexidade diferentes, também houve a necessidade de avaliar se há diferença entre os locais de atendimento.

5 CONCLUSÕES

Os pacientes hipertensos com R/E tiveram uma maior adesão ao tratamento, menor média pressórica e maior alcance das metas terapêuticas.

O fator R/E demonstrou influência sobre a adesão ao tratamento tanto nos pacientes do HAC quanto os da UBS.

REFERÊNCIAS

Bernardo, mr, feitaosa, rv, de souza neto, lr, bernardo, gr, & franco, sc (2020).

Perfil sociodemográfico de pacientes hipertensos de uma unidade de Saúde de belém-pará. Rev art. Com, 17, e3665-e3665.

Bezerra asm, lopes jl, barros abl. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. Revbras de enf 2014; 67:550-555 brasil. Ministério da saúde. Agência nacional de vigilância sanitária: manual de orientação. Brasília, 2007.

Daniel acqg, veiga ev. Fatores que interferem na adesão terapêutica. Einstein [internet]. 2013 july/sept [cited 2016 sept 10];11(3):331-7.

Dutra dd, duarte mcs, albuquerque kf, lima as, santos js, soute hc. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. Rev fundam care online [internet]. 2016 apr/june [cited 2016 oct 14];8(2):4501-09

Gewehr, dm, bandeira, vac, gelatti, gt, colet, cdf, & oliveira, krd (2018). Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. Saúde em debate, 42, 179-190.

Giroto e, andrade sm, cabrera mas, matsuo t. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Cien saúde colet 2013; 18: 1763-1772 heinisch rh, stage lj. Religiosidade/espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Boletim do curso de medicina da ufsc 2018; 4:2 jesus eds, agosto mado, gusmão j, mion d jr, ortega k, pierin amg. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta paul de enf 2008; 21:59-65 ladeia, amt, & lima, bgdc (2014). Hipertensão arterial sistêmica e comorbidades associadas: relevância epidemiológica do acidente vascular cerebral no brasil.

Lucchetti g, lucchetti alg, avezum jr a. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. Revbrascardiol 2011;24.1:55-57 malachias mvb. Et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial: capítulo 1- conceituação, epidemiologia e prevenção primária. Arqbras de cardiol 2016; 107.3:1-6 moreira-almeida a, peres mf, aloe f, lotufo neto f, koenig hg. Versão em português da escala de religiosidade da duke: darel. Archof clinicpsych (são paulo) 2008;35:31-32 oliveira-filho ad, barreto-filho ja, neves sjf, lyra jr dpd. Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito itens de morisky (mma-8) e o controle da pressão arterial.

Arqbrasde cardiol2012;99.1:649-658 précoma db, oliveira gmm, simão af, dutra op, coelho or, izar mco, et al. Updated cardiovascular prevention guideline of the brazilian society of cardiology – 2019. Arq bras cardiol. 2019;113(4):787-891 rodrigues, lr, nader, id, de melo, at, dos santos tavares, dm, de assunção, lm, & molina, npfm. (2017). Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. Rev rene, 18(4), 429-436. 9

Sanchez sa, chung c, mejia a, ramirez fe, shavlik gw, bivens rl, et al. Multiple lifestyle interventions reverses hypertension. Cogent med. 2019; 6(1):1-13. Doi: 10.1080/2331205x.2019.1636534.

Silva jv, dias bvb. Avaliação das propriedades psicométricas da versão em português da escala de religiosidade da duke (p-darel). Reme 2017:1-7