

Associação entre Espiritualidade e Adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca

Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure

Juglans Souto Alvarez¹, Livia Adams Goldraich¹, Alice Hoefel Nunes², Mônica Cristina Brugalli Zandavalli², Rafaela Brugalli Zandavalli², Karlyse Claudino Belli³, Neusa Sica da Rocha⁴, Marcelo Pio de Almeida Fleck⁴, Nadine Clausell¹
Heart Failure Program, Division of Cardiology, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul¹, Universidade Federal do Rio Grande do Sul², Hospital de Clínicas de Porto Alegre³, Division of Psychiatry, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul⁴, Porto Alegre – Brasil

Resumo

Fundamento: A espiritualidade pode influenciar a maneira com que os pacientes lidam com sua doença.

Objetivos: Avaliamos a possibilidade de a espiritualidade influenciar a adesão ao tratamento de pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca.

Métodos: Estudo transversal com pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca, cuja adesão ao tratamento multidisciplinar foi avaliada. Os pacientes foram avaliados sobre qualidade de vida, depressão, religiosidade e espiritualidade, utilizando questionários validados. Foram obtidas correlações entre adesão e variáveis psicossociais de interesse. Modelos de regressão logística exploraram preditores independentes de adesão.

Resultados: Cento e trinta pacientes (idade 60 ± 13 anos; 67% masculinos) foram entrevistados. Observou-se adequado escore de adesão em 38,5% dos pacientes. Nem a depressão ou a religiosidade foram correlacionados à adesão, quando avaliados separadamente. É interessante notar que quando a espiritualidade foi avaliada por ambos, o somatório total de score ($r = 0,26$; $p = 0,003$) e os domínios específicos, ela estava positivamente correlacionada à adesão. Por fim, a combinação de espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais mostrou-se um preditor independente de adesão quando ajustado às características demográficas, clínicas e a instrumentos psicossociais.

Conclusão: Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais foram as únicas variáveis consistentemente associadas à adesão em relação à medicação em uma coorte de pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. Nossos dados sugerem que abordar adequadamente esses aspectos no cuidado com o paciente pode auxiliar a melhorar o padrão de adesão no complexo tratamento da insuficiência cardíaca. (Arq Bras Cardiol. 2016; [online].ahead print, PP.0-0)

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca, Adesão Medicação / psicologia, Inquéritos e Questionários, Pacientes Ambulatoriais, Espiritualidade, Religião.

Abstract

Background: Spirituality may influence how patients cope with their illness.

Objectives: We assessed whether spirituality may influence adherence to management of outpatients with heart failure.

Methods: Cross sectional study enrolling consecutive ambulatory heart failure patients in whom adherence to multidisciplinary treatment was evaluated. Patients were assessed for quality of life, depression, religiosity and spirituality utilizing validated questionnaires. Correlations between adherence and psychosocial variables of interest were obtained. Logistic regression models explored independent predictors of adherence.

Results: One hundred and thirty patients (age 60 ± 13 years; 67% male) were interviewed. Adequate adherence score was observed in 38.5% of the patients. Neither depression nor religiosity was correlated to adherence, when assessed separately. Interestingly, spirituality, when assessed by both total score sum ($r = 0.26$; $p = 0.003$) and by all specific domains, was positively correlated to adherence. Finally, the combination of spirituality, religiosity and personal beliefs was an independent predictor of adherence when adjusted for demographics, clinical characteristics and psychosocial instruments.

Conclusions: Spirituality, religiosity and personal beliefs were the only variables consistently associated with compliance to medication in a cohort of outpatients with heart failure. Our data suggest that adequately addressing these aspects on patient's care may lead to an improvement in adherence patterns in the complex heart failure management. (Arq Bras Cardiol. 2016; [online].ahead print, PP.0-0)

Keywords: Heart Failure; Medication Adherence / psychology; Surveys and Questionnaires; Outpatients; Spirituality; Religion.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Nadine Clausell •

Rua Ramiro Barcelos, 2350, Serviço de Cardiologia – sala 2060. CEP 90035-903, Rio Branco, Porto Alegre, RS – Brasil.

E-mail: nclausell@hcpa.edu.br

Artigo recebido em 25/11/2015; revisado em 02/12/2015; aceito em 19/02/2016.

DOI: 10.5935/abc.20160076

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) continua a desafiar equipes de saúde multidisciplinares.¹ Sua prevalência permanece elevada e sua administração geralmente requer polifarmácia e conhecimento satisfatório da doença.^{2,3} O curso da insuficiência cardíaca, em sua cronicidade e consequências, frequentemente inexoráveis, compartilham similaridades com diversas doenças cancerosas, incluindo seu impacto em padrões de baixa qualidade de vida.⁴ Os pacientes enfrentam limitações significativas para aderirem adequadamente à complexidade do tratamento de IC.⁵

A adesão é um aspecto importante no curso de IC. Ela influencia o padrão de descompensação do paciente e reinternações subsequentes.⁶ Além disso, padrões de adesão adequados podem ajudar a melhorar a qualidade de vida.⁷ Acredita-se que muitos fatores influenciam a adesão do paciente ao tratamento de IC. Aspectos clínicos como comorbidades normalmente associadas à IC foram abordadas nesse sentido.⁵ Histórico sócio-econômico, aspectos psicológicos e grau de escolaridade são outros fatores cuja influência nos padrões de adesão na população com IC foi investigada.^{8,9} Todavia, os dados da abordagem dessas questões em grandes coortes, acompanhados em clínicas especializadas em IC continuam escassos.

A espiritualidade foi recentemente estudada no contexto de doenças crônicas com baixa qualidade de vida e finais sinistros e previsíveis. O bem-estar espiritual se refere à espiritualidade de alguém como o “estado das coisas”.¹⁰ Esse conceito foi aplicado para desenredar especificidades do status spiritual no contexto de cuidado paliativo, mas há muito poucos dados disponíveis sobre a espiritualidade associada a uma condição crônica e prevalente, como no caso de IC. A espiritualidade mostrou que pode influenciar a maneira com que pacientes com IC lidam com sua síndrome, tendo impacto consequente no status funcional, de saúde e na qualidade de vida.^{11,12} Dados recentes indicam que a espiritualidade pode influenciar favoravelmente a mortalidade em paciente com IC.¹³ Porém, a maneira com que a espiritualidade está relacionada aos padrões de adesão em pacientes ambulatoriais estáveis com IC ainda não foi explorada. Há poucos relatórios com resultados controversos, parcialmente limitados por amostragem de conveniência e instrumentos utilizados, que não conseguiram demonstrar uma associação positiva entre espiritualidade e grau de cumprimento em pacientes com IC.¹⁴ Todavia, para muitos outros distúrbios há evidência sustentada de que espiritualidade pode melhorar o cumprimento.¹⁵

Neste estudo, examinamos associações entre espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes ambulatoriais com IC, independentemente do histórico psicossocial e educacional.

Métodos

Formatação do Estudo

Este é um estudo transversal que envolveu pacientes ambulatoriais com IC em um Hospital Universitário terciário em Porto Alegre, Brasil, de agosto de 2012 a junho de 2013.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Institucional, e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes da participação no estudo.

Participantes

Foram convidados a participar pacientes ambulatoriais consecutivos (principalmente pacientes com disfunção ventricular esquerda recém-diagnosticada, pós internação por IC e/ou sintomas refratários) acompanhados durante um mínimo de seis meses na Clínica de IC no Hospital das Clínicas em Porto Alegre. Pacientes em qualquer classe funcional da Classificação da *New York Heart Association* (NYHA), independentemente da etiologia da IC, foram considerados elegíveis. Critérios de exclusão foram a incapacidade de entender o protocolo do estudo e responder perguntas sem assistência devido a comprometimento cognitivo ou déficit auditivo.

Parâmetros e Procedimentos do Estudo

Pacientes foram avaliados em sua adesão ao tratamento, qualidade de vida, depressão, religiosidade e espiritualidade, por meio de questionários validados. Todos os instrumentos utilizados foram previamente validados no idioma português do Brasil.¹⁶⁻²¹ Entrevistas foram feitas após consulta clínica, por pesquisadores previamente treinados na aplicação do questionário. O tempo necessário para responder todos os instrumentos variou entre 50 e 70 minutos. Os pacientes responderam às perguntas oralmente e a equipe de pesquisadores preencheu os questionários conforme as respostas dadas. Características demográficas e clínicas foram obtidas da revisão de prontuários eletrônicos, e dados clínicos adquiridos durante a visita à clínica, por um pesquisador que não tinha conhecimento dos resultados do questionário. As definições das variáveis psicossociais de interesse estão detalhadas abaixo.

Adesão ao tratamento: A adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico foi avaliada de acordo com o protocolo de estudo REMADHE (Educação Repetitiva e Monitoramento para Adesão para Insuficiência Cardíaca - *Repetitive Education and Monitoring For Adherence for Heart Failure*), adaptado e usado atualmente em nossa clínica de IC.^{17,22} O 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.²²

Qualidade de vida: Dois instrumentos foram usados para avaliar a qualidade de vida: questionários genéricos e específicos para a doença. A avaliação genérica de qualidade de vida foi feita por meio do questionário de qualidade de vida WHOQoL-Bref da Organização Mundial de Saúde, ao passo que a avaliação específica para a doença foi feita com o questionário MLHFQ (*Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire*).^{23,24} 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. O MLHFQ avalia a qualidade de vida relacionada à sintomatologia da IC no mês anterior e correlaciona-se proporcionalmente à classe funcional.²⁵ 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.

Depressão: A depressão foi avaliada pelo questionário da saúde do paciente PHQ9 (*Patient Health Questionnaire*); uma ferramenta de avaliação para detecção de depressão com base em ocorrências de sintomas nas duas semanas anteriores. O PHQ9 abrange nove perguntas, baseadas nos principais critérios para o diagnóstico de depressão maior, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4^o edição (DSM-IV).^{26,27} A depressão é classificada, de acordo com o escore, como sintomas depressivos moderados (escore total entre 10 e 14), depressão maior moderada (escore entre 15 e 19) e depressão maior grave (escore igual ou maior que 20).²⁶

Religiosidade, Espiritualidade e Crenças Pessoais: Dois instrumentos foram usados para avaliar essas dimensões.

1) A escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) é uma ferramenta para avaliação de espiritualidade focada em aspectos religiosos.²⁸ Sua adaptação transcultural foi desenvolvida e validada por Moreira-Almeida.¹⁸ A escala DUREL tem cinco itens que descrevem três dimensões de religiosidade, conhecidas por se correlacionarem com resultados em questões de saúde: organizada (ARO), não-organizada (ARNO) e religiosidade intrínseca (RI). O escore varia entre 1 e 30 pontos e escores altos indicam níveis elevados de religiosidade.

2) 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.^{19,29}

Análise Estatística

As variáveis contínuas normalmente distribuídas (de acordo com o teste de Shapiro-Wilks) foram expressas como a média \pm desvio padrão, enquanto as variáveis não-normalmente distribuídas foram expressas como medianas e intervalos interquartis. Variáveis categóricas foram reportadas como número absoluto e porcentagens. Variáveis contínuas normalmente distribuídas foram analisadas por meio de teste t não pareado. Variáveis contínuas não-normalmente distribuídas foram analisadas via Teste U Mann Whitney. O teste do qui-quadrado (ou teste exato de Fisher, quando apropriado) foi usado para

comparar variáveis categóricas. Coeficientes de Spearman foram usados para a avaliação das correlações entre adesão e variáveis psicossociais de interesse. O Kruskal Wallis foi usado para comparar escores de espiritualidade em quartis de REMADHE. Modelos de regressão logística foram usados para explorar a associação entre espiritualidade e nível adequado de adesão (REMADHE \geq 18 points). Covariáveis ajustadas para modelos multivariados foram testadas para colinearidade e selecionadas entre variáveis demográficas, clínicas e psicossociais de importância clínica ou estatística. O relatório de Black e colegas, que correlacionou espiritualidade e adesão usando diferentes instrumentos, foi usado para estimar um tamanho amostral de 130 indivíduos no atual estudo ($\alpha = 5\%$, $\beta = 80\%$; tamanho do efeito 25%).¹⁴ Todas as análises foram feitas com o pacote estatístico SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Valor de p menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados

Cento e trinta pacientes foram entrevistados entre agosto de 2012 e junho de 2013. Características demográficas e clínicas da população estudada estão detalhadas na Tabela 1. Descrição da média de escores obtidos por meio dos instrumentos de estudo encontra-se na Tabela 2. De forma geral, houve baixo nível de adesão segundo escores de REMADHE. Adesão adequada foi observada em 38,5% da população.

As correlações entre o escore de adesão com características clínicas e escores psicossociais estão demonstradas na Tabela 3. Descrição de associações entre variáveis demográficas e clínicas, e escore de adesão também estão disponível na Tabela Suplementar. Entre os dados demográficos, o escore de REMADHE variou apenas de acordo com estado civil. Características clínicas associadas com altos escores de adesão foram etiologia da IC isquêmica, presença de desfibrilador cardíaco implantável e comprometimento renal crônico. A adesão mostrou-se positivamente correlacionada à medida genérica de qualidade de vida, mas não ao escore específico para IC. Depressão e religiosidade não foram correlacionadas à adesão. É interessante notar que espiritualidade, quando avaliada pela soma total do escore de WHOQoL-SRPB e diversos domínios específicos, mostrou-se positivamente correlacionada à adesão. Embora significativamente correlacionada ao escore de adesão, a magnitude da associação de espiritualidade mostrou-se relativamente fraca (Figura 1). Constatou-se uma tendência de escores de espiritualidade mais altos em quartis de escores de adesão (Figura 2).

A espiritualidade também mostrou-se significativamente correlacionada com outras variáveis psicossociais avaliadas. O WHOQoL-SRPB apareceu moderadamente correlacionado com medidas de qualidade de vida genéricas (WHOQoL-Bref [$r = 0,47$; $p = 0,0001$]) e específicas para a doença (MLHFQ [$r = -0,34$; $p = 0,0001$]). Houve uma correlação inversa entre WHOQoL-SRPB e a classificação de depressão de PHQ-9 (9^o questionário sobre a saúde do paciente) ($r = -0,49$; $p < 0,0001$). Vimos também uma correlação positiva entre WHOQoL-SRPB e religiosidade avaliada por DUREL ($r = 0,55$; $p = 0,0001$), o que também foi observado dentro dos domínios de ambos os instrumentos (Tabela 4).

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas da população estudada.

N	130
Demográficas	
Idade, anos	60 ± 13
Sexo, masculino	88 (67,5%)
Etnia	
Caucasiana	113 (87%)
Afro-descendente	9 (7%)
Outro	8 (6%)
Educação	
Analfabeto funcional	5 (4%)
Primário, incompleto	79 (61%)
Primário, completo	26 (20%)
Ensino médio, incompleto	6 (5%)
Ensino médio, completo	14 (11%)
Estado civil	
Solteiro	31 (24%)
Casado	78 (60%)
Divorciado	15 (11,5%)
Viúvo	6 (4,5%)
Histórico de Insuficiência Cardíaca	
Etiologia	
Isquêmica	42 (32,5%)
Idiopática	28 (21,5%)
Hipertensiva	29 (22,5%)
Valvular	14 (10%)
Alcoólica	10 (7,5%)
Outra	7 (5%)
Fração de ejeção %	36 ± 13
Classe funcional, NYHA	
I-II	97 (74,5%)
III-IV	33 (25,5%)
Dispositivos cardíacos (DCI ou CRT-D)	23 (18%)
Internações no ano anterior	
Nenhuma	82 (63%)
Uma	26 (20%)
Mais do que uma	22 (17%)
Comorbidades	
Hipertensão	75 (57,5%)
Dislipidemia	64 (49%)
Infarto do miocárdio prévio	39 (30%)
Cirurgia cardíaca prévia	24 (18,5%)
Diabetes	50 (38,5%)
DPOC	10 (7,5%)
Comprometimento renal crônico	52 (40%)
Acidente vascular cerebral prévio	20 (15,5%)
Doença do tecido colágeno	11 (9%)
Tabagismo, passado ou presente	66 (50,5%)
Alcoolismo, passado ou presente	29 (22,5%)
Neoplasia	18 (14%)

NYHA: New York Heart Association; DCI: desfibrilador cardíaco implantável; CRT-D: desfibrilador para ressincronização cardíaca; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica. Dados expressos como a média ± desvio padrão (porcentagem). Fração de ejeção avaliada por ecocardiografia bidimensional (método de Simpson)

Tabela 2 – Descrição dos instrumentos psicossociais aplicados na população do estudo.

N	130
Adesão (REMADE)	16,2 ± 4,1
Qualidade de Vida	
WHOQoL-Bref genérico	
Total	13,0 ± 3,7
Domínios	
Físico	12,2 ± 3,1
Psicológico	14,1 ± 2,7
Social	13,7 ± 2,1
Ambiental	14,8 ± 1,9
Específico para a Doença (MLHFQ)	50,5 ± 16,9
Depressão (PHQ-9)	4,8 ± 5,3
Religiosidade (DUREL)	
Total	23,5 ± 4,6
Intrinseca	
Organizada	15,5 ± 2,8
Não-organizada	3,3 ± 1,6
4,7 ± 1,3	
Espiritualidade (WHOQoL-SRPB)	
Total	3,8 ± 0,61
Domínios	
Conexão	3,7 ± 0,7
Sentido	3,9 ± 0,6
Admiração	3,8 ± 0,8
Totalidade	3,7 ± 0,6
Força	3,8 ± 0,8
Paz	3,8 ± 0,7
Esperança	3,8 ± 0,8
Fé	3,8 ± 0,7

REMADE: 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; PHQ-9: 9º Questionário Sobre a Saúde do Paciente; 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

Entre os modelos multivariáveis para identificar variáveis clínicas e psicossociais associadas à presença de adesão adequada, o WHOQoL-SRPB foi um preditor independente quando ajustado às características demográficas e clínicas e aos instrumentos psicossociais (Tabela 5). Além do WHOQoL-SRPB, DUREL foi o único instrumento psicossocial adicional que demonstrou importância limítrofe para associação à adesão adequada.

Discussão

A principal descoberta do presente estudo foi a de que SRPB foram consistentemente associados à adesão ao

Tabela 3 – Correlações de variáveis clínicas e psicológicas com escores de adesão (REMADHE)

	r	p
Características Clínicas		
Idade, anos	0,10	0,24
Fração de ejeção, %	-0,09	0,30
Classe funcional de NYHA	0,03	0,70
Qualidade de vida		
WHOQoL-Bref genérico		
Total	0,21	0,02
Domínios		
Físico	0,13	0,16
Psicológico	0,28	0,001
Social	0,08	0,36
Ambiental	0,21	0,01
Específico para a doença (MLHFQ)	-0,09	0,29
Depressão (PHQ-9)	-0,12	0,16
Religiosidade (DUREL)		
Total	0,13	0,14
Intrínseca		
Organizada	0,02	0,79
Não-organizada	-0,006	0,95
Espiritualidade (WHOQoL-SRPB)		
Total	0,26	0,003
Domínios		
Conexão	0,31	< 0,0001
Sentido	0,23	0,008
Admiração	0,27	0,002
Totalidade	0,19	0,02
Força	0,21	0,02
Paz	0,23	0,01
Esperança	0,19	0,03
Fé	0,27	0,002

REMADHE: Educação Repetitiva e Monitoramento para Adesão para Insuficiência Cardíaca (Repetitive Education and Monitoring For Adherence for Heart Failure); NYHA: New York Heart Association, WHOQoL-Bref: Questionário de Qualidade de Vida da OMS; MLHFQ: Questionário Minnesota Living with Heart Failure, PHQ-9: 9º Questionário Sobre a Saúde do Paciente; 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; r: indica coeficiente de Spearman; p: para coeficientes de Spearman

tratamento em um coorte de pacientes com IC acompanhados em clínica terciária. É importante notar que, em nosso estudo, essa associação foi independente de dados demográficos e clínicos que influenciam adesão ao tratamento de IC.

Este é o primeiro estudo que mostra uma clara associação entre espiritualidade e adesão ao tratamento do IC. Porém, nosso estudo não pode determinar se há um efeito direto da espiritualidade na adesão, ou se a espiritualidade é apenas causadora de um efeito mais amplo e complexo. Por exemplo, um indivíduo espiritualizado provavelmente tem maior tendência a seguir recomendações vindas de uma pessoa com quem tem um relacionamento próximo (ex., médico). Identificamos três estudos prévios que abordaram as possíveis interações entre IC e espiritualidade.^{14,30,31} Black et al.¹⁴ enviaram um pacote de instrumentos (Escala de Avaliação Espiritual e um questionário de adesão a tratamentos cardíacos), via correio, a uma amostra de conveniência de 213 pacientes com uma taxa de retorno de 45%. Os autores não encontraram uma correlação significativa entre espiritualidade e adesão. O estudo feito por Thomas,³⁰ usando uma amostra de conveniência de 97 pacientes, mostrou resultado positivo com o ser moral-ético-espiritual, que representou 10,8% da variância na adesão. Dickson et al.,³¹ em estudos sobre as influências sócio-culturais em autocuidados para IC numa minoria étnica de descendência africana, com o uso de uma estratégia de métodos mistos, descobriram que a espiritualidade estava relacionada ao autocuidado. Mais recentemente, viu-se que questões relacionadas ao bem-estar tiveram impacto positivo em pacientes com IC assintomática (estágio B) – a espiritualidade aparentemente agiu como mediadora desses efeitos.³²

Embora religiosidade e espiritualidade estejam associadas a melhores práticas de saúde, essas observações não conseguiram transformar-se em melhores resultados em doenças cardiovasculares, num estudo com potência adequada.³³⁻³⁵ A hipótese de que SRPB pode afetar o cumprimento de orientações em doenças crônicas e, particularmente, em IC também foi levantada por diferentes autores.^{14,30,36} Há alguns possíveis modelos propostos para explicar tal relação. Black et al.¹⁴ sugeriram que crenças espirituais têm influência sobre crenças de saúde, o que pode levar à prática de atividades relacionadas à saúde, como o uso de medicamentos, controle de peso e cumprimento de dieta. Thomas³⁰ aplicou o modelo de Auto Conceito de Roy para identificar diversos preditores potenciais de cumprimento de orientações médicas.^{30,37} Nesse modelo, qualquer estímulo é percebido como ameaça ou desafio ao conceito de um indivíduo sobre imagem corporal, sensação corporal, auto consistência e o ser moral-ético-espiritual. Resumindo, estímulos percebidos como ameaças são recebidos de forma negativa e conseqüentemente evitados, enquanto estímulos percebidos como desafios são encarados de forma positiva e conseqüentemente seguidos. Thomas³⁰ descobriu que pacientes que perceberam o regime de IC como ameaça à imagem corporal, auto consistência, sensação corporal ou auto ideal mostraram menor probabilidade de adesão. Ao contrário, aqueles que perceberam o regime como um desafio ao ser moral-ético-espiritual mostraram maior probabilidade de aderir ao tratamento. Por fim, uma pesquisa recente conduzida com pacientes com IC mostrou que eles teriam visto como positiva a inclusão de cuidado espiritual em seu tratamento.³⁸

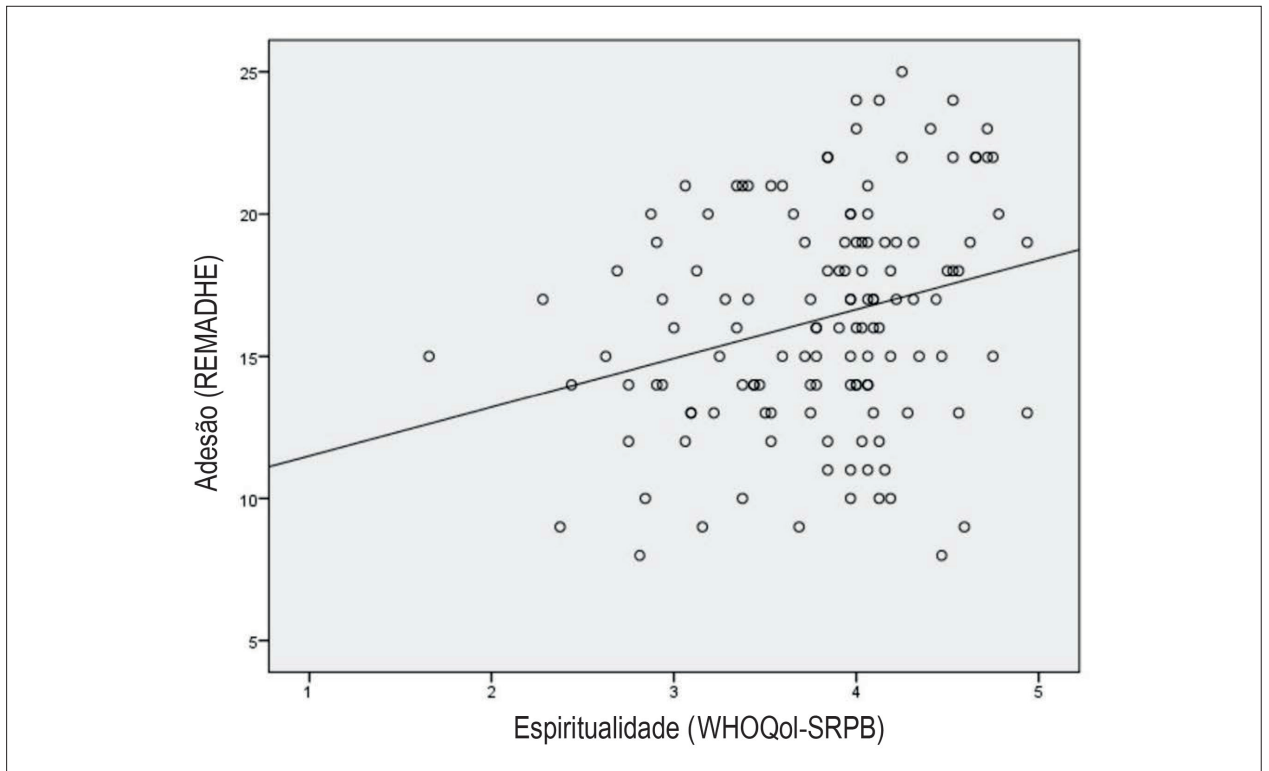


Figura 1 – Curva de correlação entre escores de adesão (REMADHE) e de espiritualidade (WHOQoL-SRPB) (coeficiente de Spearman = 0,26; $p= 0,003$)

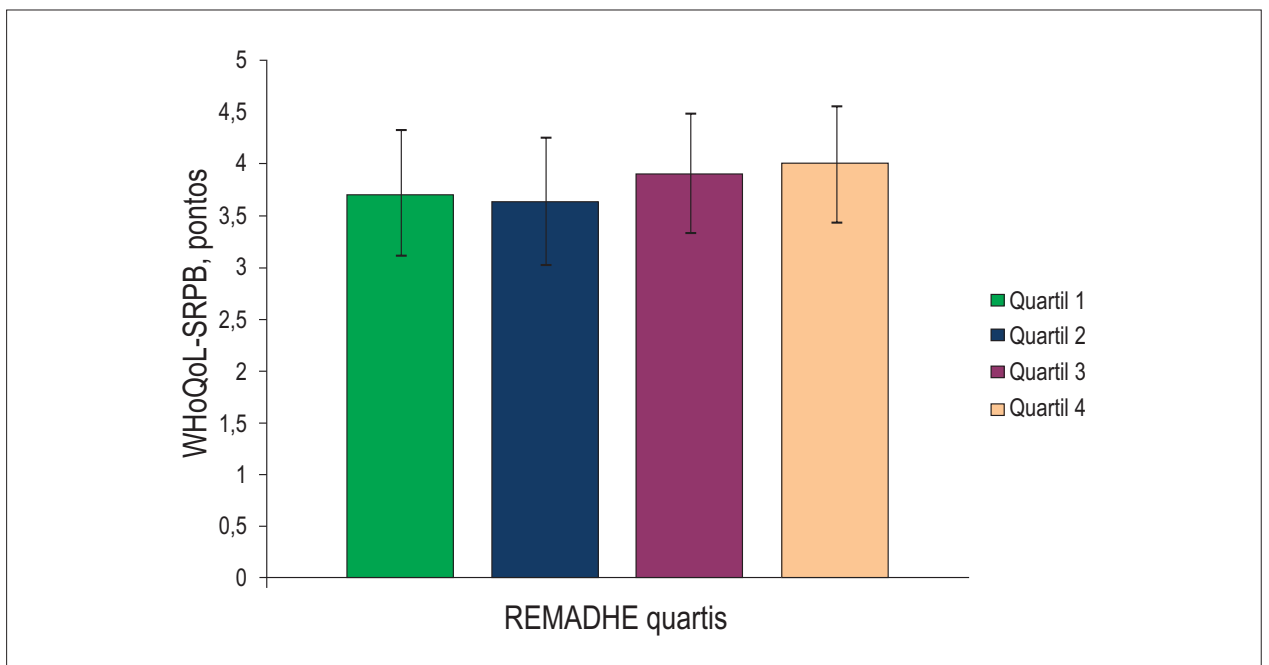


Figura 2 – Escore de espiritualidade (WHOQoL-SRPB) de acordo com os quartis de adesão segundo o escore de REMADHE. Valor de p de 0,052 pelo teste Kruskal-Wallis. Barras de erro representam desvio-padrão

Tabela 4 – Correlações entre escores de religiosidade e espiritualidade

	DUREL		DUREL-ARO		DUREL-ARNO		DUREL-RI	
	r	p	r	p	r	p	r	p
WHOQoL-SRPB	0,55	0,0001	0,36	0,0001	0,29	0,001	0,57	0,0001
Conexão	0,54	0,0001	0,29	0,0001	0,34	0,0001	0,59	0,0001
Sentido	0,38	0,0001	0,19	0,03	0,18	0,04	0,44	0,0001
Admiração	0,36	0,0001	0,27	0,02	0,10	0,25	0,38	0,0001
Totalidade	0,47	0,0001	0,30	0,0001	0,27	0,002	0,48	0,0001
Força	0,49	0,0001	0,33	0,0001	0,28	0,001	0,51	0,0001
Paz	0,39	0,0001	0,27	0,002	0,20	0,02	0,41	0,0001
Esperança	0,37	0,0001	0,29	0,001	0,22	0,01	0,31	0,0001
Fé	0,54	0,0001	0,33	0,0001	0,34	0,0001	0,56	0,0001

DUREL: Índice de Religiosidade de Duke; ARO: atividade religiosa organizada; ARNO: atividade religiosa não-organizada; RI: religiosidade intrínseca; WHOQoL-SRPB: Instrumento de Medida de Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais da Organização Mundial de Saúde; r: indica coeficiente de Spearman; p: para coeficientes de Spearman.

Tabela 5 – Modelos de regressão logística para associação de espiritualidade (WHOQoL-SRPB) à adesão adequada ao tratamento (REMADE ≥ 18 pontos)

Modelo 1	β coeficiente	RP (IC 95%)	p
WHOQoL-SRPB, aumento de 1 ponto	1,01	2,76 (1,31 – 5,81)	0,007
Idade, aumento de 1 ano	-0,01	0,98 (0,95 – 1,01)	0,32
Fração de ejeção, aumento de 1%	-0,01	0,98 (0,95 – 1,02)	0,40
Estado civil, casado	0,56	1,75 (0,76 – 4,08)	0,19
Instrução, ≥ primária completa	0,31	1,36 (0,59 – 3,11)	0,47
Modelo 2	β coeficiente	RP (CI 95%)	p
WHOQoL-SRPB, aumento de 1 ponto	1,17	3,23 (1,49 – 7,01)	0,003
Insuficiência cardíaca de etiologia isquêmica	-0,31	0,73 (0,32 – 1,67)	0,45
Desfibrilador cardíaco implantável	-0,91	0,40 (0,15 – 1,05)	0,06
Doença renal crônica	-0,72	0,48 (0,21 – 1,08)	0,08
Estado civil, casado	-0,36	0,69 (0,31 – 1,57)	0,38
Modelo 3	β coeficiente	RP (CI 95%)	p
WHOQoL-SRPB	-0,12	4,89 (1,64 – 14,58)	0,004
WHOQoL-Bref	1,59	1,03 (0,98 – 1,06)	0,19
MLHFQ	0,03	1,02 (0,98 – 1,06)	0,26
PHQ-9	0,02	1,03 (0,92 – 1,16)	0,60
DUREL	0,03	0,89 (0,79 – 1,00)	0,05

WHOQoL-SRPB: Instrumento de Medida de Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais da OMS; REMADHE: Educação Repetitiva e Monitoramento para Adesão para Insuficiência Cardíaca (Repetitive Education and Monitoring For Adherence for Heart Failure); RP: razão de probabilidade; IC: intervalo de confiança; WHOQoL-Bref: Questionário de Qualidade de Vida da OMS; MLHFQ: Questionário Minnesota Living with Heart Failure; PHQ-9: 9º Questionário Sobre a Saúde do Paciente; DUREL: Índice de Religiosidade de Duke.

Modelo 1 – ajustado para variáveis demográficas e clínicas selecionadas por significância clínica,

Modelo 2 – ajustado para variáveis demográficas e clínicas selecionadas por significância em análise univariada,

Modelo 3 – ajustado para outros instrumentos psicossociais de qualidade de vida, depressão e religiosidade; Razão de probabilidade representa a magnitude da associação por aumento de 1 ponto em cada escore.

Nosso estudo tem algumas limitações. Primeiramente, como usamos um modelo transversal, podemos apenas ter conclusões sobre a associação entre espiritualidade e adesão, porém não uma relação causal. Em segundo lugar, nossa amostra foi obtida no Brasil, um país em que espiritualidade e religião são valores notadamente importantes. Estudos adicionais se fazem necessários para avaliar se essas descobertas são replicáveis em diferentes contextos culturais e religiosos. Finalmente, o efeito da espiritualidade na adesão a diferentes aspectos do tratamento de IC – farmacológico e não-farmacológico – não foi avaliado individualmente. A ferramenta REMADHE usada em nosso estudo não discrimina os vários componentes do tratamento de IC de forma profunda. Caso disponível, essa informação seria útil para melhor direcionar o papel dos cuidados multidisciplinares, vis-à-vis a espiritualidade dos pacientes, e para serem levadas em conta, de acordo com cada caso, para melhorar a adesão do paciente.

Conclusões

Nosso estudo ressalta que a espiritualidade pode ser uma importante variável associada à adesão ao tratamento para pacientes ambulatoriais com IC, o que sugere que médicos e profissionais da área da saúde devem estar cientes de sua importância na melhora dos resultados de práticas clínicas e implementação de medidas para abordar necessidades espirituais dos pacientes. Mais estudos são necessários para melhor determinar se medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento de IC são igualmente influenciadas por comportamentos relacionados à espiritualidade.

Referências

1. Jaarsma T, van der Wal MH, Lesman-Leege I, Luttk ML, Hogenhuis J, Veeger NJ, et al. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med.* 2008;168(3):316-24.
2. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung.* 2002;31(3):161-72.
3. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2009;120(12):1141-63.
4. Murray SA, Kendall M, Grant E, Boyd K, Barclay S, Sheikh A. Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *J Pain Symptom Manage.* 2007;34(4):393-402.
5. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 1999;159(14):1613-9.
6. Moser DK, Doering LV, Chung ML. Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *Am Heart J.* 2005;150(5):984.
7. Wu JR, Moser DK, De Jong MJ, Rayens MK, Chung ML, Riegel B, et al. Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure. *Am Heart J.* 2009;157(2):285-91.
8. Krantz MJ, Ambardekar AV, Kaltenbach L, Hernandez AF, Heidenreich PA, Fonarow GC. Patterns and predictors of evidence-based medication continuation among hospitalized heart failure patients (from Get With the Guidelines-Heart Failure). *Am J Cardiol.* 2011;107(12):1818-23.
9. Fonarow GC, Yancy CW, Heywood JT. Adherence to heart failure quality-of-care indicators in US hospitals: analysis of the ADHERE Registry. *Arch Intern Med.* 2005;165(13):1469-77.
10. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med.* 2007;22(4):470-7.
11. Jones AM, O'Connell JE, Gray CS. Living and dying with congestive heart failure: addressing the needs of older congestive heart failure patients. *Age Ageing.* 2003;32(6):566-8.
12. Westlake C, Dracup K. Role of spirituality in adjustment of patients with advanced heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2001;16(3):119-25.
13. Park CL, Aldwin CM, Choun S, George L, Suresh DP, Bliss D. Spiritual peace predicts 5-year mortality in congestive heart failure patients. *Health Psychol.* 2016;35(3):203-10.
14. Black G, Davis BA, Heathcote K, Mitchell N, Sanderson C. The relationship between spirituality and compliance in patients with heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2006;21(3):128-33.
15. Stewart WC, Adams MP, Stewart JA, Nelson LA. Review of clinical medicine and religious practice. *J Relig Health.* 2013;52(1):91-106.
16. Carvalho VO, Guimaraes GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validation of the Portuguese version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1):39-44.
17. Bocchi EA, Cruz F, Guimaraes G, Pinho Moreira LF, Issa VS, Ayub Ferreira SM, et al. Long-term prospective, randomized, controlled study using repetitive education at six-month intervals and monitoring for adherence in heart failure outpatients: the REMADHE trial. *Circ Heart Fail.* 2008;1(2):115-24.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Rocha NS, Fleck MPA, Clausell N. Obtenção de dados: Alvarez JS, Zandavalli MCB, Zandavalli RB, Belli KC. Análise e interpretação dos dados: Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Rocha NS, Fleck MPA. Análise estatística: Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Rocha NS. Obtenção de financiamento: Alvarez JS. Redação do manuscrito: Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Clausell N. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Rocha NS, Fleck MPA, Clausell N. Supervisão / como investigador principal: Alvarez JS, Clausell N. Formatação e tradução: Zandavalli RB.

Potencial Conflito de Interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo foi financiado pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital das Clínicas de Porto Alegre.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de dissertação de Mestrado de Juglans Souto Alvarez pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

18. Taunay TC, Gondim Fde A, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel LA, Andrade LM, et al. Validity of the Brazilian version of the Duke Religious Index (DUREL). *Rev Psiquiatr Clin*. 2012;39(4):130-5.
19. Panzini RG, Maganha C, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Brazilian validation of the Quality of Life Instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):153-65.
20. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, et al. [Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population]. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1533-43.
21. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.
22. Mussi CM, Ruschel K, de Souza EN, Lopes AN, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21 Spec No:20-8.
23. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8.
24. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan Multicenter Research Group. *Am Heart J*. 1992;124(4):1017-25.
25. Kubo SH, Schulman S, Starling RC, Jessup M, Wentworth D, Burkhoff D. Development and validation of a patient questionnaire to determine New York Heart Association classification. *J Card Fail*. 2004;10(3):228-35.
26. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
27. de Lima Osorio F, Vilela Mendes A, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(3):216-27.
28. Koenig HG, Bussing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010;1(1):78-85.
29. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 2006;62(6):1486-97.
30. Thomas CM. The influence of self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2007;22(5):405-16.
31. Dickson VV, McCarthy MM, Howe A, Schipper J, Katz SM. Sociocultural influences on heart failure self-care among an ethnic minority black population. *J Cardiovasc Nurs*. 2013;28(2):111-8.
32. Mills PJ, Redwine L, Wilson K, Pung MA, Chinh K, Greenberg BH, et al. The Role of Gratitude in Spiritual Well-being in Asymptomatic Heart Failure Patients. *Spiritual Clin Pract (Wash D C)*. 2015;2(1):5-17.
33. Oman D, Kurata JH, Strawbridge WJ, Cohen RD. Religious attendance and cause of death over 31 years. *Int J Psychiatry Med*. 2002;32(1):69-89.
34. Kark JD, Shemi G, Friedlander Y, Martin O, Manor O, Blondheim SH. Does religious observance promote health? mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *Am J Public Health*. 1996;86(3):341-6.
35. Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circulation*. 2010;121(5):659-66.
36. Naghi JJ, Philip KJ, Phan A, Cleenerwerck L, Schwarz ER. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *J Relig Health*. 2012;51(4):1124-36.
37. Roy C, Whetsell MV, Frederickson K. The Roy adaptation model and research. *Nurs Sci Q*. 2009;22(3):209-11.
38. Ross L, Austin J. Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: implications for nurse managers. *J Nurs Manag*. 2015; 23(1):87-95.

Tabela suplementar – Escore de adesão de acordo com características demográficas e clínicas.

	REMADHE, escore	p (teste t)
Demografia		
Idade		
< 60	15,9 ± 4,1	0,31
≥ 60	16,6 ± 3,7	
Gênero		
Masculino	16,6 ± 3,8	0,16
Feminino	15,6 ± 4,2	
Etnia		
Caucasiana	16,5 ± 3,9	0,23
Outra	15,2 ± 3,8	
Escolaridade		
Elementar completo ao mínimo	16,0 ± 3,8	0,56
Outro	16,5 ± 4,0	
Estado civil		
Casado	17,0 ± 4,1	0,01
Outro	15,2 ± 3,5	
Histórico de Insuficiência Cardíaca		
Etiologia		
Isquêmica	17,4 ± 3,6	0,02
Não-isquêmica	15,8 ± 4,0	
Fração de ejeção		
≤ 35%	16,4 ± 3,9	0,83
> 35%	16,2 ± 3,9	
Classificação funcional, NYHA		
I-II	16,1 ± 4,0	0,38
III-IV	16,8 ± 3,7	
Portador de cardioversor-desfibrilador		
Sim	17,7 ± 3,2	0,05
Não	16,0 ± 4,1	
Internações no último ano		
Nenhuma	16,1 ± 4,0	0,52
Uma ou mais	16,6 ± 3,8	
Comorbidades		
Hipertensão		
Sim	16,6 ± 3,7	0,34
Não	15,9 ± 4,2	
Infarto do miocárdio prévio		
Sim	17,2 ± 3,6	0,11
Não	15,9 ± 4,0	
Continua		

Cirurgia cardíaca prévia		
Sim	16,5 ± 4,4	0,8
Não	16,3 ± 3,9	
Diabetes		
Sim	16,0 ± 3,7	0,50
Não	16,5 ± 4,0	
Insuficiência renal crônica		
Sim	17,2 ± 3,8	0,04
Não	15,8 ± 3,9	
Acidente vascular encefálico prévio		
Sim	16,6 ± 2,7	0,69
Não	16,3 ± 4,1	
Tabagismo, passado ou presente		
Sim	14,3 ± 4,1	0,28
Não	15,8 ± 4,2	
Alcoolismo, passado ou presente		
Sim	16,1 ± 4,0	0,34
Não	16,9 ± 3,7	
Neoplasia		
Sim	15,6 ± 4,4	0,38
Não	16,4 ± 3,9	
