

Bem-estar espiritual e esperança no período pré-operatório de cirurgia cardíaca

Spiritual well-being and hope in the preoperative period of cardiac surgery
El bienestar espiritual y la esperanza en el período preoperatorio de cirugía cardíaca

Simone Maria Muniz da Silva Bezerra¹, Eduardo Tavares Gomes¹,
Paulo César da Costa Galvão¹, Karolayne Vieira de Souza¹

¹ Universidade de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife-PE, Brasil.

Como citar este artigo:

Bezerra SMMS, Gomes ET, Galvão PCC, Souza KV. Spiritual well-being and hope in the preoperative period of cardiac surgery. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(2):398-405. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0642>

Submissão: 14-02-2017

Aprovação: 18-07-2017

RESUMO

Objetivo: Caracterizar as relações entre o bem-estar espiritual e a esperança dos pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Método:** Estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado nas enfermarias de um hospital de referência em cardiologia. Foram avaliados 69 pacientes internados no período pré-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica, troca ou plastia valvar. **Resultados:** Verificou-se que os pacientes mantinham relevantes escores de esperança e bem-estar em todos os domínios, sendo que o bem-estar existencial foi significativamente menor que o bem-estar religioso. A média do escore de bem-estar espiritual ficou abaixo do corte para ser considerada elevada. Não houve correlação significativa entre bem-estar e esperança. **Conclusão:** Os enfermeiros devem desenvolver um olhar atento para essas questões, ser treinados em protocolos específicos de anamnese espiritual e aproveitar os momentos reais de cuidado para fortalecer os pacientes. **Descritores:** Período Pré-Operatório; Cirurgia Cardíaca; Revascularização Miocárdica; Espiritualidade; Adaptação Psicológica.

ABSTRACT

Objective: To characterize relations between spiritual well-being and hope of patients in the preoperative period of cardiac surgery. **Method:** Exploratory cross-sectional study with quantitative approach, performed in the infirmaries of a reference hospital in cardiology. We evaluated 69 patients hospitalized in preoperative period of myocardial revascularization, valve repair or replacement. **Results:** We verified that patients hold relevant scores of hope and welfare in all areas, being the existential well-being significantly lower than the religious one. The average of the spiritual well-being score was below the required to be considered high. There was no significant correlation between welfare and hope. **Conclusion:** Nurses should develop a watchful eye to these issues, be trained in specific protocols of spiritual anamnesis and use the real moments of care to strengthen the patients. **Descriptors:** Preoperative Period; Cardiac Surgery; Myocardial Revascularization; Spirituality; Psychological Adaptation.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las relaciones entre el bienestar espiritual y la esperanza de los pacientes en el preoperatorio de cirugía cardíaca. **Método:** Estudio transversal, exploratorio, con abordaje cuantitativo, realizado en las enfermerías de un hospital de referencia en cardiología. Fueron evaluados a 69 pacientes internados en el período preoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica, cambio o plastia de válvula. **Resultados:** Se certificó que los pacientes mantenían relevantes puntajes de esperanza y bienestar en todos los dominios, siendo que el bienestar existencial fue significativamente más pequeño que el bienestar religioso. El promedio del puntaje de bienestar espiritual quedó abajo del corte para ser considerado elevado. No hubo correlación significativa entre el bienestar y la esperanza. **Conclusión:** Los enfermeros deben desarrollar una atenta mirada para esas cuestiones, ser entrenados en protocolos específicos de anamnesis espiritual y aprovechar los momentos reales de cuidado para fortalecer a los pacientes. **Descriptor:** Período Preoperatorio; Cirugía Cardíaca; Revascularización Miocárdica; Espiritualidad; Adaptación Psicológica.

AUTOR CORRESPONDENTE

Eduardo Tavares Gomes

E-mail: edutgs@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A cirurgia em geral é referida na literatura como grande estressor, e o período pré-operatório representa não só a possibilidade de cura, como também a de fracasso, insucesso⁽¹⁾. A cirurgia cardíaca tem a peculiaridade de envolver o órgão popularmente reconhecido como o “mais nobre” e diretamente relacionado à manutenção da vida. O desconhecido, junto à possibilidade de insucesso, causa angústia nos indivíduos, traduzida, na maioria dos casos, em ansiedade e depressão⁽²⁾.

A temática da *espiritualidade e religiosidade* tem despertado interesse no meio acadêmico⁽³⁾. As necessidades espirituais podem ser compreendidas como a satisfação de um crescimento espiritual, o qual torna a pessoa mais sociável, esperançosa e em paz com sua divindade ou transcendência⁽⁴⁾.

Uma investigação conduzida com pacientes em pré-operatório de cirurgia geral revelou que os pacientes com alto nível de religiosidade apresentavam menores níveis de ansiedade⁽⁵⁾. Este trabalho, apesar de apresentar viés de seleção da amostra (islâmica, na totalidade) e não utilizar um instrumento validado para avaliação da religiosidade em estudo, é um indicativo da necessidade de se debruçar sobre a temática no meio acadêmico-profissional.

Outra pesquisa, com o objetivo de avaliar as relações entre acreditar em Deus e a religiosidade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, utilizando-se de metodologia qualitativa, revelou que a crença repercutiu positivamente no encontro com um novo sentido para o trâmite cirúrgico. Das entrevistas se inferiu que a doença não foi relacionada diretamente a ideias antigas de castigo divino, mas a consciência da relação da doença cardíaca com a falta de hábitos saudáveis revelou-se ligada a sentimentos de culpa⁽¹⁾.

Sendo assim, é necessário compreender o fenômeno da espiritualidade e seu papel na manutenção do bem-estar do paciente no enfrentamento do adoecer, do trâmite cirúrgico e das crises existenciais advindas, bem como suas relações com o encontro de um significado para o momento de vida e com a esperança que os pacientes depositam no seu futuro.

A incipiente abordagem do tema na formação dos profissionais de saúde repercute diretamente na sua prática profissional. O paciente não sofre isoladamente com esse déficit, mas também a equipe perde oportunidades por não compreender fenômenos subjetivos no processo saúde-doença.

Além de buscar entender essas lacunas na relação terapêutica entre profissional e paciente, mais pesquisas devem ser realizadas com o intuito de fornecer evidências para o cuidado integral. Com a incorporação de novas evidências, os protocolos assistenciais poderão ser reformulados considerando-se dimensões negligenciadas até então na atenção à saúde, como a espiritualidade e a religiosidade.

Este estudo teve por objetivo caracterizar as relações entre o bem-estar espiritual e a esperança dos pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa foi pautada nos preceitos da Resolução CNS nº 466/2012 e avaliada pelo Comitê de Ética do Complexo

Hospitalar HOU/PROCAPE da Universidade de Pernambuco e integrante do projeto aprovado.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa realizado nas enfermarias de coronariopatias, miocardiopatias e valvulopatias do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco (PROCAPE/UPE) entre outubro de 2015 e fevereiro de 2016.

População e amostra

Foram avaliados 69 pacientes internados no período da coleta já cientes da data da cirurgia de revascularização miocárdica, troca ou plastia valvar, considerando-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de Inclusão: pacientes internados em período pré-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica, troca ou plastia valvar, com ciência da data da cirurgia para o dia seguinte;

Critérios de exclusão: nível de consciência rebaixado, comunicação verbal prejudicada ou qualquer condição clínica ou psicológica que prejudicasse a entrevista ou a tornasse desconfortável; indicação cirúrgica por doenças da aorta e doenças congênitas; uso prévio de antidepressivo; diagnóstico médico prévio referido de transtornos de humor, de ansiedade ou qualquer outro transtorno psiquiátrico; não haver participado de qualquer protocolo de educação em saúde ou de redução da ansiedade; recusa em qualquer etapa da entrevista.

Protocolo do estudo

Os pacientes foram avaliados no período da tarde, antes do horário de visita dos parentes, considerando que a rotina de visitas das equipes de enfermagem e médica eram realizadas pela manhã. Como houve um horário restrito para as entrevistas, entre o almoço e o horário da visita, foram realizadas, na maioria das vezes, apenas uma por dia. De preferência, foi solicitado que o acompanhante não permanecesse durante a entrevista, para que os pacientes tivessem maior liberdade em responder. As entrevistas, com duração média de 22,4 minutos, ocorreram na véspera da cirurgia, não sendo realizadas entrevistas na data programada para a operação.

Os dados foram coletados pelos pesquisadores por meio de instrumento próprio, contendo: um questionário elaborado para levantamento sociodemográfico, que buscava informações como sexo, idade, procedência, renda (em salários-mínimos, considerando o valor vigente no período – R\$ 788,00), escolaridade (em anos de estudo), afiliação religiosa, tipo de cirurgia, tempo de internamento etc.; a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE); e o Questionário de Esperança de Herth (QEH).

O bem-estar espiritual está relacionado a uma forma de entender a saúde do indivíduo – a saúde espiritual. Pode ser avaliado em quatro domínios principais: relação consigo (domínio pessoal), com os outros (domínio comunitário), com o ambiente/natureza (domínio ambiental) e com o outro transcendente/divindade (domínio transcendental)⁽⁶⁾.

Desses domínios possíveis, foram avaliados apenas o pessoal e o transcendental, por serem mais próximos e relacionados ao

objeto do estudo e, para tal, foi utilizada uma escala já validada, traduzida para o português, a Escala EBE. Trata-se de um instrumento dividido em duas subescalas (de 10 itens cada), uma de bem-estar religioso (BER) e outra de bem-estar existencial (BEE). Os itens referentes ao BER contêm uma referência a Deus, e os de BEE referem-se à sensação de encontro com o sentido e o comprometimento com algo significativo na vida.

Metade das questões da escala é escrita na direção positiva e metade na negativa. A escala possui 20 questões, que devem ser respondidas através de uma escala Likert de seis opções: concordo totalmente (CT), concordo mais que discordo (Cd), concordo parcialmente (CP), discordo parcialmente (DP), discordo mais que concordo (Dc), e discordo totalmente (DT). As questões com conotação positiva (3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19 e 20) têm sua pontuação somada da seguinte maneira: CT = 6, Cd = 5, CP = 4, DP = 3, Dc = 2 e DT = 1. As demais questões são negativas e devem ser somadas de forma invertida (CT = 1, Cd = 2, CP = 3 e assim por diante). O total da escala é a soma das pontuações dessas 20 questões e os escores podem variar de 20 a 120⁽⁷⁻⁸⁾.

O QEH foi o instrumento escolhido, entre outros internacionais que mensuram esperança, pois se trata de uma escala de autorrelato, de fácil e rápida aplicação, multidimensional, que reflete claramente a dimensão de esperança em populações clínicas, com poucos itens e de reduzida complexidade, sendo uma ferramenta mais útil clinicamente⁽⁹⁾. Com adequada validade e confiabilidade, auxilia pesquisadores na avaliação dos estados de esperança entre os pacientes e da efetividade das estratégias de aumento da esperança. Constitui-se em uma escala composta por 12 itens escritos de forma afirmativa, e a graduação dos itens ocorre por escala tipo Likert de 4 pontos. O escore total varia de 12 a 48, sendo que quanto maior o escore, mais alto o nível de esperança. Há dois itens – a afirmação de número 3 e a de número 6 – que apresentam escores invertidos⁽⁹⁾.

Análise dos resultados e estatística

O armazenamento dos dados primários se deu em planilhas do *software* Microsoft Excel 2013. Os dados foram analisados com recursos de estatística descritiva e inferencial, empregando os *softwares* Epi-info 7.0 e SPSS 20.0.

Foi utilizado o teste *t-student* para verificar a significância na comparação de médias das variáveis contínuas, considerando a significância estatística para $p < 0,05$ (5%). A associação entre as escalas e subescalas e outras variáveis utilizadas foi avaliada através do coeficiente de correlação de Pearson e, por fim, a consistência interna dos itens das escalas foi avaliado pelo alfa de Cronbach (α).

O QEH apresentou $\alpha = 0,797$, a EBE, $\alpha = 0,866$ e as subescalas de bem-estar religioso e de bem-estar espiritual, respectivamente, $\alpha = 0,717$ e $\alpha = 0,873$, revelando expressiva consistência interna.

RESULTADOS

A amostra foi composta predominantemente por pacientes do sexo masculino (56,5%), com mais de 60 anos (56,5%) e escolaridade de até 5 anos de estudo (79,7%) – considerada

baixa. A renda foi menor que um salário-mínimo para 72,5% dos pacientes. A maioria tinha mais de 2 filhos (66,7%) e um(a) companheiro(a) (59,4%), considerados, nesses casos, independentemente de o vínculo ser formal ou não. Quanto à procedência, 55,1% residiam fora da região metropolitana (Tabela 1). A totalidade dos pacientes se manifestaram adeptos a uma religião, sendo 52,2% católicos e 47,8% evangélicos (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	39 (56,5)
Feminino	30 (43,5)
Idade	
Mais que 60 anos	39 (56,5)
Até 60 anos	30 (43,5)
Anos de estudo	
Até 5 anos	55 (79,7)
Mais que 5 anos	14 (20,3)
Renda	
Até 1 salário-mínimo	50 (72,5)
Mais que 1 salário-mínimo	19 (27,5)
Número de filhos	
Até 2 filhos	23 (33,3)
Mais que 2 filhos	46 (66,7)
Estado Civil	
Com companheiro(a)	41 (59,4)
Sem companheiro(a)	28 (40,6)
Religião	
Católico	36 (52,2)
Evangélico	33 (47,8)
Procedência	
Interior	38 (55,1)
Região Metropolitana	31 (44,9)

A cirurgia a que se submetiam era, na maior parte dos casos, de revascularização do miocárdio (68,1%), sendo que para a maioria seria essa a sua primeira cirurgia cardíaca (75,4%). Uma parte considerável da amostra (24,6%) havia passado, no período da internação, por cancelamento de cirurgia, ou seja, experienciaram o preparo pré-operatório e receberam a notícia de que o procedimento não seria realizado na data marcada. Um tempo de internamento (da admissão até a entrevista) maior que 15 dias era a realidade de 62,3% dos entrevistados (Tabela 2). Durante esse período, a maioria (71,0%) recebeu visita religiosa de grupos voluntários ligados a igrejas, sendo que apenas dois pacientes (2,9%) solicitaram a presença de um líder ou representante religioso (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados da cirurgia e do internamento, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016

Variáveis	n (%)
Cirurgia	
Revascularização miocárdica	47 (68,1)
Troca ou plastia de válvula	22 (31,9)
Cirurgia cardíaca prévia	
Sim	17 (24,6)
Não	52 (75,4)
Cancelamento da cirurgia	
Sim	17 (24,6)
Não	52 (75,4)
Acompanhante	
Sim	61 (88,4)
Não	8 (11,6)
Tempo de internamento	
Até 15 dias	26 (37,7)
Mais de 15 dias	43 (62,3)
Recebeu visitação religiosa?	
Sim	49 (71,0)
Não	20 (29,0)
Solicitou visitação religiosa?	
Sim	2 (2,9)
Não	67 (97,1)

Entre os sexos não houve diferença quanto a bem-estar espiritual, suas dimensões nem esperança. Ao se dicotomizar a amostra entre idosos e não idosos, foi possível averiguar que os idosos apresentavam melhores resultados em todos os domínios do bem-estar, significativamente quanto ao bem-estar religioso e total, e apresentavam bem-estar espiritual considerado alto, ou seja, maior que 100 pontos. Na avaliação da esperança, não houve diferença entre idosos e não idosos (Tabela 3).

Não houve, entre os grupos, diferenças de bem-estar espiritual e esperança quando avaliados na perspectiva dos anos de estudo, da renda, ou da presença de companheiros (Tabela 3).

Apesar de a diferença não ser significativa, provavelmente pelo tamanho da amostra, os evangélicos apresentaram maiores escores de bem-estar, e os católicos, maiores escores de esperança. Apenas o domínio de bem-estar religioso teve diferença estatisticamente significativa, sendo maior entre os evangélicos (Tabela 3).

As experiências de cirurgia cardíaca prévia, cancelamento da cirurgia, presença de acompanhantes, tempo de internamento elevado e visitação religiosa não foram variáveis que afetaram significativamente o bem-estar espiritual e a esperança (Tabela 4).

Em uma análise de correlação, verificou-se ainda que o bem-estar espiritual possui associação fraca e direta com a idade ($p = 0,045$) e fraca e inversa com o número de filhos ($p = 0,04$), enquanto a esperança teve associações fracas e diretas com os anos de estudo ($p = 0,013$) e renda ($p = 0,007$) e fraca e inversa com número de filhos ($p = 0,05$). Não houve correlação significativa entre bem-estar e esperança (Tabela 5).

Tabela 3 – Escores de bem-estar espiritual e esperança por variáveis socioeconômicas dicotomizadas, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016

Variáveis	BER		BEEEx		BEET		Esperança	
	Md ± dp	p	Md ± dp	p	Md ± dp	p	Md ± dp	p
Sexo								
Masculino	51,9 ± 10,2	0,792	45,4 ± 8,1	0,542	97,3 ± 16,7	0,982	35,5 ± 2,9	0,852
Feminino	52,1 ± 11,9		44,2 ± 8,1		96,2 ± 18,8		35,3 ± 2,6	
Idade								
Até 60 anos	49,9 ± 13,1	0,007	43,7 ± 9,4	0,199	93,7 ± 21,3	0,009	35,0 ± 2,8	0,2
Mais que 60 anos	54,7 ± 6,5		46,3 ± 5,7		100,9 ± 9,6		35,9 ± 2,7	
Anos de estudo								
Até 5 anos	51,4 ± 12,1	0,342	44,5 ± 8,5	0,55	95,9 ± 19,2	0,385	35,2 ± 2,8	0,377
Mais que 5 anos	54,5 ± 3,1		46,0 ± 6,1		100,5 ± 7,2		36,0 ± 2,6	
Renda								
Até 1 SM	51,9 ± 12,1	0,857	44,2 ± 8,2	0,297	96,1 ± 19,1	0,51	35,1 ± 2,4	0,158
Mais que 1 SM	52,3 ± 7,4		46,4 ± 7,4		98,7 ± 12,5		36,3 ± 3,4	
Situação conjugal								
Com companheiro(a)	50,6 ± 13,3	0,149	44,5 ± 9,1	0,641	95,1 ± 21,2	0,261	35,4 ± 2,9	0,955
Sem companheiro(a)	54,1 ± 5,8		45,4 ± 6,3		99,4 ± 9,7		35,4 ± 2,5	
Religião								
Católico	49,6 ± 13,9	0,05	44,4 ± 11,2	0,622	94,0 ± 22,5	0,154	35,8 ± 3,1	0,245
Evangélico	54,6 ± 5,5		45,3 ± 4,8		99,9 ± 8,8		35,0 ± 2,4	

Nota: Md ± dp – média ± desvio-padrão; BEET – bem-estar espiritual total; BER – bem-estar religioso; BEEEx – bem-estar existencial; SM – salário-mínimo vigente no período (R\$ 788,00).

Tabela 4 – Escores de bem-estar espiritual e esperança por variáveis relacionadas ao internamento e a cirurgia, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016

Variáveis	BER		BEE _x		BEET		Esperança	
	Md ± dp	p	Md ± dp	p	Md ± dp	p	Md ± dp	p
Cirurgia cardíaca prévia								
Sim	53,1 ± 7,1	0,559	46,8 ± 5,6	0,167	99,8 ± 10,9	0,297	35,8 ± 2,9	0,532
Não	51,6 ± 11,9		44,2 ± 8,6		95,9 ± 19,2		35,3 ± 2,7	
Cancelamento da cirurgia								
Sim	48,8 ± 13,6	0,252	42,1 ± 7,6	0,098	90,9 ± 20,6	0,162	35,7 ± 2,2	0,487
Não	53,0 ± 9,8		45,7 ± 8,0		98,8 ± 16,1		35,3 ± 2,9	
Acompanhante								
Sim	51,7 ± 11,3	0,472	45,0 ± 8,4	0,323	96,8 ± 18,4	0,902	35,5 ± 2,9	0,27
Não	54,0 ± 7,6		43,2 ± 3,9		97,2 ± 8,1		34,4 ± 1,3	
Internamento								
Até 15 dias	53,3 ± 12,2	0,452	46,1 ± 9,3	0,357	99,4 ± 19,9	0,373	35,2 ± 2,6	0,616
Mais de 15 dias	51,2 ± 10,2		44,1 ± 7,2		95,3 ± 15,9		35,5 ± 2,9	
Visitação religiosa								
Sim	52,0 ± 9,9	0,755	45,3 ± 7,2	0,497	97,3 ± 15,3	1	35,6 ± 2,8	0,29
Não	52,0 ± 13,3		43,8 ± 9,9		95,8 ± 22,4		34,8 ± 2,7	

Nota: Md ± dp – média ± desvio-padrão; BEET – bem-estar espiritual total; BER – bem-estar religioso; BEE_x – bem-estar existencial.

Tabela 5 – Associações entre bem-estar espiritual e esperança e variáveis contínuas, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016

Variáveis	Md ± dp	Bem-estar espiritual		Esperança	
		r	p	r	p
Idade	59,90 ± 12,59	0,24	0,045	-0,11	0,372
Anos de estudo	5,59 ± 4,61	0,12	0,335	0,30	0,013
Renda	1,31 ± 1,07	0,03	0,823	0,22	0,007
Número de filhos	3,52 ± 2,13	-0,25	0,04	-0,22	0,05
Tempo de internamento	20,75 ± 10,64	-0,63	0,61	0,04	0,741
Bem-estar religioso	52,00 ± 10,94	0,94	<0,001	-0,09	0,443
Bem-estar existencial	44,84 ± 8,05	0,89	<0,001	-0,03	0,775
Bem-estar espiritual	96,84 ± 17,51	—	—	-0,07	0,54
Esperança	35,41 ± 2,79	-0,07	0,54	—	—

Nota: Md ± dp – média ± desvio-padrão; r – correlação de Pearson.

DISCUSSÃO

As pessoas apresentam, de forma perene, necessidades de cunho espiritual, relacionadas à transcendência e à satisfação de um crescimento, cuja realização favorece à esperança, ao bem-estar, à sociabilidade e ao encontro da paz e de significados para a vida⁽⁴⁻⁶⁾.

Na amostra em estudo, o bem-estar existencial, relacionado às crises vivenciadas no período, à busca por significado e aos questionamentos interiores sobre os porquês de cada situação, foi significativamente menor que o bem-estar religioso.

A manutenção do bem-estar religioso, considerando-se a relação com Deus através de uma religiosidade própria ao indivíduo, ajuda a dar sentido ao processo difícil pelo qual o paciente está passando⁽¹⁾. Apesar de ainda não ser muito clara a forma como a vivência dessa religiosidade impacta a

saúde física, há evidências de melhores resultados para os que se utilizam desses recursos⁽¹⁰⁾. Um estudo de coorte internacional de 162 pacientes, que avaliou marcadores fisiológicos de estresse (cortisol sérico, proteína C-reativa e interleucina 6), mostrou que aqueles que lançaram mão de estratégias de *coping* religioso e suporte social também tiveram melhores resultados após a cirurgia cardíaca⁽¹⁰⁾.

A amostra apresentou uma média de idade próxima aos 60 anos, ou seja, maior que a deste estudo. Estudos mostram que os pacientes idosos têm mais transtornos de humor no período pré-operatório, apesar de não avaliarem a relação desses transtornos com o bem-estar espiritual, desconsiderando a religiosidade e a subjetividade da vivência do trâmite cirúrgico⁽¹¹⁾.

Uma pesquisa realizada em um centro de referência nacional, ao comparar as formas de acolhimento no período pré-operatório, revelou, avaliando pelos níveis menores de ansiedade,

que a presença da família é mais significativa para o enfrentamento do que o contato único do enfermeiro⁽¹²⁾. Nas avaliações realizadas na amostra do deste estudo, a presença de acompanhantes não foi determinante para melhores ou piores resultados de bem-estar espiritual ou esperança. Contudo, não foi avaliado o tipo de vínculo com o acompanhante nem o espaço na relação onde seriam abordados os medos, ansiedades, inquietações mais íntimas ou seria expressada sua religiosidade.

Outro trabalho no período pré-operatório, ao avaliar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes à espera da cirurgia cardíaca, encontrou que a modalidade de *coping* sustentativo, que inclui a espiritualidade, foi utilizada em 50% dos casos⁽¹³⁾. Mais pesquisas com abordagens qualitativas demonstraram a presença de sentimentos positivos e a busca por fé e esperança na religiosidade diante do evento da cirurgia cardíaca, com elevado valor de utilização de recursos espirituais no enfrentamento da operação⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Outro estudo de coorte acompanhou 335 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, excluídas as de emergência e de transplante cardíaco, por 30 meses e concluiu mais do que a implicação da religiosidade na diminuição da ansiedade e depressão pré-operatórias. Lançando mão de escalas validadas para avaliação de espiritualidade, religiosidade, práticas e crenças religiosas, *coping* religioso/espiritual, otimismo e esperança, apresentou resultados ao longo do tempo mostrando que os melhores índices nesses aspectos repercutiam em maior crescimento existencial, no sentido de melhor desenvolvimento psicospiritual dos indivíduos que se submeteram à experiência cirúrgica⁽¹⁶⁾.

Outra publicação dos mesmos autores, também em coorte para avaliar ansiedade e depressão a longo prazo (30 meses) em relação a aspectos espirituais-existenciais no pré-operatório, revelou a prece, o otimismo e a esperança como preditores de menores índices de depressão e a religiosidade intrínseca e a esperança como preditores de menor ansiedade⁽¹⁷⁾. Ainda nessa mesma coorte, os autores divulgaram a prece como fator de proteção à fadiga ao longo do seguimento, e a ansiedade pré-operatória, por sua vez, como fator de aumento na avaliação da fadiga física e mental⁽¹⁸⁾.

Por fim, foram encontrados poucos estudos que investigassem a questão da esperança no período pré-operatório de cirurgia cardíaca e a considerassem como desfecho principal ou secundário da investigação. Houve um estudo que encontrou associação significativa entre esperança e *coping* religioso-espiritual positivo, mas nenhum que a correlacionasse com o bem-estar espiritual⁽¹⁹⁾.

No Brasil, pesquisas que considerem a esperança de pacientes crônicos e sua relação com a clínica são relativamente recentes, tendo em vista que os autores que traduziram e validaram a escala afirmaram que até o ano de 2005 não havia nenhum instrumento em português disponível para tal⁽⁹⁾. Todavia, o construto esperança tem emergido em pesquisas qualitativas com objetivo de compreender os significados e fatores que influenciam o processo de viver a cirurgia de revascularização cardíaca para pacientes, familiares e profissionais da saúde⁽²⁰⁻²³⁾. Nesses estudos, a espiritualidade é referida como importante na vivência da experiência cirúrgica, pois os pacientes podem compartilhar suas angústias com Deus e ter, na fé, a esperança da concretização de bons resultados após a

cirurgia⁽²⁰⁻²³⁾. Em última instância, embora seja frequente a relação entre esperança, fé e religiosidade e a expectativa sobre a cirurgia, os pacientes podem referir-se a ela sem fazerem tal correlação, apenas por estarem cientes de que o prognóstico sem a cirurgia seria pior, apesar dos riscos advindos⁽²³⁾.

Limitações do estudo

A amostra que compôs o estudo não foi suficiente para que se observassem algumas relações por meio dos testes estatísticos empregados. Sugere-se que outros estudos com abordagem qualitativa possam aprofundar o que foi evidenciado neste trabalho. Considerando que não houve diferença entre bem-estar espiritual e esperança quando avaliados na perspectiva da maioria das variáveis testadas, sugere-se avaliar posteriormente quais fatores podem ter implicação direta nesses desfechos.

Contribuições do estudo

Este estudo serve de reforço ao compromisso que a enfermagem deve manter como proposta tanto humanística quanto metafísica, associada a valores que remetem ao reconhecimento das dimensões espirituais da vida e da força interna mobilizada no momento de cuidado.

Este estudo evidenciou, de forma empírica, uma realidade que enfermeiros atentos no processo de cuidar, na prática assistencial, devem perceber ao lidar com essa população de pacientes à espera da cirurgia cardíaca. Ao buscar expandir ideias e valores, as pesquisas nesse campo propõem-se a reconhecer como, na relação enfermeiro-paciente, os momentos reais de cuidado são profundos e significativos no processo saúde-doença, favorecendo seu enfrentamento pelos pacientes.

CONCLUSÃO

No período pré-operatório de cirurgia cardíaca, a avaliação do paciente deve considerar a perspectiva da integralidade, com dimensões metafísicas, geralmente negligenciadas, que podem repercutir diretamente no restabelecimento da saúde do corpo e, principalmente, no bem-estar psicoemocional diante de um trâmite particularmente difícil e delicado.

Nessa perspectiva, as evidências neste estudo de que os pacientes, de forma geral, não alcançaram escores elevados de bem-estar espiritual ou esperança devem ser alvo de mais reflexões. Os enfermeiros devem desenvolver um olhar atento para essas questões, ser treinados em protocolos específicos de anamnese espiritual e aproveitar os momentos reais de cuidado para fortalecer os pacientes. Tendo por referência o achado de que o bem-estar existencial ficou aquém do religioso, uma estratégia que se sugere aos enfermeiros que lidam com o período perioperatório de cirurgia cardíaca é que se utilizem, em suas intervenções, da religiosidade que o paciente apresenta para ajudá-lo no processo de encontro de sentido e ressignificações.

Sugere-se, por fim, que sejam testadas na prática e avaliadas em pesquisa intervenções no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, de forma a favorecer a manutenção do bem-estar espiritual, minorar possíveis crises, reduzir a ansiedade e a depressão e aumentar a esperança na vida, promovendo saúde na perspectiva integral.

REFERÊNCIAS

1. Gomes ET, Espinha DCM, Bezerra SMMS. Religiosidade e crença em Deus no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 9];14(3):273-83. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5138/pdf_865
2. Quintana JF, Kalil RAK. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicol Hosp*[Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 9];10(2):16-32. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v10n2/v10n2a03.pdf>
3. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 9];36(2):176-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v36n2/1516-4446-rbp-2014-36-2-176.pdf>
4. Yousefi H, Abedi HA. Spiritual care in hospitalized patients. *Iran J Nurs Midwifery Res* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 9];16(1):125-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203292/>
5. Kalkhoran MA, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *Ann Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2007 [cited 2016 Aug 9];6(17). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1947984/>
6. Fisher J. The four domains model: connecting spirituality, health and well-being. *Religions* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 9];2:17-28. Available from: <http://www.mdpi.com/2077-1444/2/1/17>
7. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2003 [cited 2016 Aug 9];37(4):440-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16778.pdf>
8. Marques LF, Sarriera JC, Dell'aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE). *Aval Psicol* [Internet]. 2009 [cited 2016 Aug 9];8(2):179-86. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n2/v8n2a04.pdf>
9. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 9];42(2):227-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a02.pdf>
10. Ai AL, Kabbaj M, Kathy LL. Body affects mind? Preoperative behavioral and biological predictors for postoperative symptoms in mental health. *J Behav Med* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 9];37:289-99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23274763>
11. Krannich JHA, Weyers P, Lueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2007 [cited 2016 Aug 9];7:47. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/47>
12. Assis CC, Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Barros ALBL. Acolhimento e sintomas de ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Aug 9];67(3):401-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0401.pdf>
13. Umann J, Guido LA, Linen GFC, Freitas EO. Enfermagem perioperatória em cirurgia cardíaca: revisão integrativa da literatura. *Reme Rev Min Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 9];15(2):275-81. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/36#>
14. Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Latino-Am Enferm*[Internet]. 2006 [cited 2016 Aug 9];14(3):383-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf
15. Koerich C, Baggio MA, Erdmann AL, Lanzoni GMM, Higashi GDC. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 9];26(1):8-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/03.pdf>
16. Ai AL, Hall DE. Divine love and deep connections: a long-term follow-up of patients surviving cardiac surgery. *J Aging Res* [Internet]. 2011 [cited 2016 Aug 9];2011:841061. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3124964>
17. Ai AL, Ladd KL, Peterson C, Cook CA, Shearer M, Koenig HG. Long-term adjustment after surviving open heart surgery: the effect of using prayer for coping replicated in a prospective design. *Gerontologist* [Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 9];50(6):798-809. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2982210/pdf/gnq046.pdf>
18. Ai AL, Wink P, Shearer M. Fatigue of survivors following cardiac surgery: positive influences of preoperative prayer coping. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 9];17(4):724-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22524258>
19. Ai AL, Park CL, Huang B, Rodgers W, Tice TN. Psychosocial mediation of religious coping styles: a study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Pers Soc Psychol Bull* [Internet]. 2007 [cited 2016 Aug 9];33(6):867-82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17483394>
20. Lanzoni GMM, Higashi GDC, Koerich C, Erdmann AL, Baggio MA. Fatores que influenciam o processo de viver a revascularização cardíaca. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 9];24(1):270-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00270.pdf
21. Erdmann AL, Lanzoni GM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. *Rev Latino-Am Enferm*[Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 9];21(1):332-9. Available from: <https://>

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23546316

22. Mendonça KMB, Andrade TM. What do patients think about while waiting for myocardial revascularization? Crit Pathw Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 9];12(4):188-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24240547>
 23. Vargas TVP, Maia EM, Dantas RAS. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2006 [cited 2016 Aug 9];14(3):383-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a12.pdf
-