

COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL DE PACIENTES NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

RELIGIOUS-SPIRITUAL COPING OF PATIENTS IN THE PREOPERATIVE PERIOD OF CARDIAC SURGERY

COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL DE PACIENTES EN EL PERÍODO PREOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Paulo Cesar da Costa Galvão¹
Eduardo Tavares Gomes²
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra³

Como citar este artigo: Galvão PCC, Gomes ET, Bezerra SMMS. *Coping* religioso-espiritual de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Rev baiana enferm. 2023;37:e48540.

Objetivo: avaliar o *coping* religioso-espiritual em pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Método:** estudo transversal, analítico, no qual foram avaliados 62 pacientes internados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, entre os meses setembro e dezembro de 2020, em dois hospitais de referência em cirurgia cardíaca no Nordeste do Brasil. **Resultados:** os pacientes apresentaram um alto uso do *coping* religioso-espiritual total, com predominância para o positivo. Os principais fatores utilizados para o *coping* religioso-espiritual positivo foram *Posição positiva frente a Deus e Afastamento através Deus/Religião/Espiritualidade*. **Conclusão:** os enfermeiros podem considerar e investir em intervenções que favoreçam o *coping* positivo, visando repercutir melhor experiência do paciente diante de estressores importantes, como a cirurgia cardíaca.

Descritores: Período Pré-Operatório. Cirurgia Torácica. Espiritualidade. Adaptação Psicológica. Enfermagem.

Objective: to evaluate the religious-spiritual coping in patients in the preoperative period of cardiac surgery. **Method:** cross-sectional, analytical study, in which 62 patients hospitalized in the preoperative period of cardiac surgery, between September and December 2020, in two reference hospitals in cardiac surgery in northeastern Brazil, were evaluated. **Results:** the patients showed a high use of religious-spiritual coping, with predominance for the positive. The main factors used for positive religious-spiritual coping were *Positive position towards God and Distancing through God/Religion/Spirituality*. **Conclusion:** nurses can consider and invest in interventions that favor positive coping, aiming to reflect better patient experience in the face of important stressors, such as cardiac surgery.

Descriptors: Preoperative Period. Thoracic Surgery. Spirituality. Adaptation, Psychological. Nursing.

Objetivo: evaluar el *coping* religioso-espiritual en pacientes en el período preoperatorio de cirugía cardíaca. **Método:** estudio transversal, analítico, en el cual fueron evaluados 62 pacientes internados en el período preoperatorio de cirugía cardíaca, entre los meses septiembre y diciembre de 2020, en dos hospitales de referencia en cirugía cardíaca en el nordeste de Brasil. **Resultados:** los pacientes presentaron un alto uso del *coping* religioso-espiritual total, con predominio para el positivo. Los principales factores utilizados para el *coping* religioso-espiritual positivo fueron *Posición positiva frente a Dios y Alejamiento a través de Dios/Religión/Espiritualidad*. **Conclusión:** los enfermeros

Autor Correspondente: Eduardo Tavares Gomes, edutgs@hotmail.com

¹ Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6306-4018>.

² Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9506-5303>.

³ Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0974-1409>.

pueden considerar e invertir en intervenciones que favorezcan el afrontamiento positivo, buscando repercutir mejor experiencia del paciente ante estresantes importantes, como la cirugía cardíaca.

Descriptor: Periodo Preoperatorio. Cirugía Torácica. Espiritualidad. Adaptación Psicológica. Enfermería.

Introdução

O período pré-operatório é caracterizado por um somatório de sentimentos e preocupações no qual os pacientes que são submetidos à intervenção cirúrgica experimentam, muitas vezes, uma angústia, que pode ser influenciada também por transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão⁽¹⁾.

Quando submetidos a situações estressantes de maneira intermitente ou contínua, os indivíduos desenvolvem formas de adaptação ou manejo à situação afligente, com mecanismos que podem ser positivos ou negativos⁽²⁾. Neste contexto, o termo *coping*, embora não traduzido plenamente para o português em tudo quanto abarca, pode ser interpretado como *manejo, adaptação, encarar*, o que resulta no modo como os indivíduos enfrentam suas dificuldades íntimas⁽²⁾.

Dentre as estratégias de *coping* utilizadas para manejar os sentimentos no pré-operatório de cirurgia cardíaca, estão o suporte familiar e social (clássicas fontes de apoio), e a religiosidade e a espiritualidade⁽²⁻⁴⁾. Essas estratégias contribuem para a manutenção do bem-estar, alívio da angústia e manutenção da esperança perante o desconhecido e as ameaças que a cirurgia cardíaca representa⁽⁴⁻⁵⁾. Há estudos que evidenciam que o *coping* sustentativo, que inclui a espiritualidade, chega a ser utilizado por até 50% dos pacientes, e que os pacientes buscam manter sentimentos positivos e de busca por fé e esperança, utilizando-se de recursos religiosos e espirituais, o que demonstra o quanto a religiosidade e a espiritualidade são importantes para o paciente e, por conseguinte, devem receber atenção dos enfermeiros e profissionais envolvidos no cuidar^(2,6).

O presente trabalho tem por objetivo de avaliar o *coping* religioso-espiritual em pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Método

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, analítico com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nas enfermarias de dois hospitais públicos de referência em cirurgia cardíaca no Nordeste do Brasil, entre os meses setembro e dezembro de 2020. O relato do trabalho desenvolvido segue as orientações contidas no Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

Foram incluídos no estudo pacientes internados em período pré-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica, troca ou plastia valvar, maiores de 18 anos e de ambos os sexos. Foram excluídos os pacientes que aguardavam cirurgias de aorta, por serem insidiosas e muitas vezes de emergência, cirurgias congênitas e de emergência. Não houve alteração neuro-cognitiva que impossibilitasse a participação no estudo de nenhum paciente, bem como não houve recusa em participar da pesquisa.

Para quantificar a amostra, foi aplicada equação do tamanho amostral para médias, considerando que a variável-desfecho é quantitativa contínua. Dentre as escalas utilizadas, escolheu-se como desfecho a ser considerado neste cálculo, a de Coping Religioso-Espiritual (CRE), por ser a variável principal. Foram utilizados erro α de 5%, nível de confiança de 95%, desvio-padrão de 0,366 encontrado no estudo de validação da escala e erro de 0,1, e uma população finita de 200 cirurgias cardíacas no período de coleta nos dois hospitais

(quantitativo reduzido em virtude da pandemia de coronavírus), calculando-se uma amostra de 42 pacientes a serem avaliados⁽⁷⁻⁸⁾. No entanto, considerando possíveis perdas e para aumentar o poder de análise, ao final, foram pesquisados 62 pacientes.

Após a divulgação do mapa cirúrgico semanal, os pacientes eram abordados, esclarecidos acerca da pesquisa e convidados a participar. Após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), procedia-se a aplicação de um formulário. A primeira parte do formulário continha variáveis, como sexo, idade, procedência, renda, escolaridade (em anos de estudo), religião e informações referentes à cirurgia, tempo de internamento e presença de acompanhante na maior parte do internamento. O tempo de pré-operatório foi considerado desde o momento da decisão cirúrgica, que poderia ter acontecido durante o internamento ou anteriormente. O tempo de internamento foi considerado da admissão hospitalar até a cirurgia. O formulário era composto ainda por dois instrumentos validados: o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) e a Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE- breve?)⁽⁷⁻⁹⁾.

A Escala de *Coping* Religioso-Espiritual Abreviada é composta por 49 itens com respostas dadas em escala do tipo *likert* de cinco pontos, que variam de 1 (nem um pouco) a 5 (muitíssimo), cujos itens permitem que sejam avaliados: CRE Positivo (CREP), que indica o nível de *coping* religioso-espiritual positivo praticado pelo participante, mediante a média das dimensões positivas da escala (34 questões que compõem sete fatores – P1 a P7); CRE negativo (CREN), que indica o nível de *coping* religioso-espiritual negativo experimentado pelo participante, encontrado pela média das dimensões negativas da escala (15 questões que compõem 4 fatores – N1 a N4); CRE Total, que indica a quantidade total de estratégias de *coping* religioso-espiritual, verificada por meio da média das dimensões positivas da escala e das dimensões invertidas da escala negativa⁽⁷⁻⁸⁾. Para análise dos resultados, seguiu-se o seguinte parâmetro: nenhuma ou

irrisória: 1,00 a 1,50; baixa: 1,51 a 2,50; média: 2,51 a 3,50; alta: 3,51 a 4,50; altíssima: 4,51 a 5,00⁽⁷⁻⁸⁾.

O DUREL é uma escala de cinco itens que avalia três nuances do envolvimento religioso: a Religiosidade Organizacional (RO) pontua de 1 a 6, relacionada à participação em cultos e comunidades religiosas; a Religiosidade Não Organizacional (RNO) pontua de 1 a 6, relacionada às práticas religiosas que o indivíduo adota para si no cotidiano; e a Religiosidade Intrínseca (RI) pontua de 3 a 15, relacionada à busca da internalização dos conceitos aprendidos em sua religião ou filosofia de vida⁽⁹⁾.

Foram utilizados os softwares Microsoft Excel 2010 para construção do banco de dados e o *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0, para as análises. A caracterização da amostra é apresentada com recursos de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, média e desvio-padrão, valores máximos e mínimos). A fidedignidade do uso das escalas tipo *likert* foi avaliado pelo alfa de Cronbach, apresentando-se todas as escalas e domínios elevados ($\alpha > 0,7$). Pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, foi verificada a distribuição normal para os desfechos de religiosidade e CRE.

A seguir, procedeu-se com análises de regressão linear múltipla das variáveis dependentes *Coping* Religioso-Espiritual Positivo, Negativo e Total, relacionadas a variáveis socio-demográficas quantitativas contínuas (idade, renda, anos de estudo), tempo de internamento e escores de religiosidade, com inserção das variáveis independentes pelo método hierárquico. As regressões são apresentadas com os coeficientes padronizados, teste t e p-valores das variáveis inseridas e o coeficiente de determinação e resultado da ANOVA para o modelo em teste. Entre as variáveis inseridas, foi verificada se havia presença de multicolinearidade, além da homocedasticidade e *outliers* nos resíduos da regressão. Todos os testes consideraram significância estatística para p-valor $< 0,05$.

A pesquisa foi elaborada pautada nos preceitos da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O início da coleta de dados

ocorreu após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário de Pernambuco sob Parecer n. 2.929.458.

Resultados

A maioria dos participantes era do sexo masculino (61,3%), com mais de 60 anos de

idade (53,2%), procedentes de fora da região metropolitana (56,5%). Houve predominância de escolaridade menor que sete anos de estudo (67,7%), de renda até um salário-mínimo (R\$ 1.039,00) vigente no período da coleta (59,7%) e sem atividade laboral (80,6%). As religiões declaradas mais prevalentes foram a católica (61,3%) e a protestante, incluindo todas as denominações (29,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas dos pacientes à espera da cirurgia cardíaca. Recife, Pernambuco, Brasil – 2020. (N=62)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	38	61,3
Feminino	24	38,7
Procedência		
Interior	35	56,5
Capital	16	25,8
Região metropolitana	11	17,7
Idade		
Até 60 anos	29	46,8
Mais de 60 anos	33	53,2
Anos de estudos		
Até 7 anos	42	67,7
Mais de 7 anos	20	32,3
Renda		
Até 1 Salário-Mínimo	37	59,7
Mais 1 Salário-Mínimo	25	40,3
Atividade laboral		
Desempregado	11	17,7
Aposentado	39	62,9
Assalariado	10	16,1
Autônomo	2	3,2
Religião		
Católico	38	61,3
Evangélico	18	29
Espírita	3	4,8
Outro	3	4,8

Fonte: elaboração própria.

Os pacientes aguardavam as cirurgias de revascularização miocárdica (49;79,0%) e troca ou plastia valvar (13;21,0%), sendo o tempo médio de internamento de 25,4±24,87 dias, variando

entre 3 e 180 dias, com 39 (62,9%) pacientes internados há mais de 15 dias na data da entrevista, e 48 (77,4%) com acompanhantes durante o internamento (Tabela 2).

Tabela 2 – Tipo de cirurgia, tempo de internamento e tempo de pré-operatório dos pacientes à espera da cirurgia cardíaca. Recife, Pernambuco, Brasil – 2020. (N=62)

Variáveis	n	%
Tipo de cirurgia		
Revascularização Miocárdica	49	79
Troca ou plastia valvar	13	21
Presença de Acompanhante		
Sim	48	77,4
Não	14	22,6
Tempo de internamento		
Até 15 dias	23	37,1
Mais de 15 dias	39	62,9
Tempo de pré-operatório		
Até 15 dias	55	88,7
Mais de 15 dias	7	11,3

Fonte: elaboração própria.

A religiosidade dos pacientes apresentou escores maiores para a dimensão organizacional, tendo resultados elevados em todas as dimensões. A fidedignidade foi considerada elevada para todos os domínios (RO - $\alpha=0,734$; RNO - $\alpha=0,798$; RI - $\alpha= 0,821$). O CRE positivo

foi considerado médio ($3,01\pm0,54$), e o negativo, baixo ($1,96\pm0,52$), sendo apenas o uso do CRE Total considerado alto ($3,52\pm0,38$), com maior proporção para o uso do CRE Positivo (Razão CRE Negativo/Positivo $0,67\pm0,21$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Religiosidade e *coping* religioso-espiritual dos pacientes à espera da cirurgia cardíaca. Recife, Pernambuco, Brasil – 2020. (N=62)

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Religiosidade				
Religiosidade Organizacional	4,05	1,67	1,00	6,00
Religiosidade Não Organizacional	3,58	1,70	1,00	6,00
Religiosidade Intrínseca	12,26	1,95	8,00	15,00
Coping Religioso-Espiritual				
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo	3,01	0,54	1,59	4,00
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo	1,96	0,52	1,07	3,27
<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Total	3,52	0,38	2,71	4,34
Razão <i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo/Positivo	0,67	0,21	0,32	1,22
Fatores do Coping Religioso-Espiritual Positivo				
P1 - Transformação de Si/Sua Vida	3,15	0,75	1,33	4,67
P2 - Busca de ajuda espiritual	2,10	0,96	1,00	4,00
P3 - Oferta de ajuda a outro	3,02	0,93	1,40	4,80
P4 – Posição positiva frente a Deus	3,94	0,61	2,60	5,00
P5 - Busca do outro institucional	2,49	0,92	1,00	4,50
P6 - Afastamento através Deus /Religião/ Espiritualidade	3,60	0,80	1,67	4,67
P7 - Busca de conhecimento espiritual	2,69	0,94	1,00	4,67
Fatores do Coping Religioso-Espiritual Negativo				
N1 - Reavaliação negativa de Deus	1,56	0,55	1,00	3,00
N2 - Posição negativa frente a Deus	3,27	0,75	1,00	4,67
N3 - Insatisfação com outro institucional	1,62	0,83	1,00	4,00
N4 - Reavaliação negativa do significado	1,78	0,87	1,00	4,00

Fonte: elaboração própria.

Os principais fatores utilizados para o CRE Positivo foram Posição positiva frente a Deus (3,94±0,61) e Afastamento através Deus/Religião/Espiritualidade (3,60±0,8). Já para o CRE Negativo, o principal fator utilizado foi Posição negativa frente a Deus (3,27±0,75).

Um modelo explicativo para o CRE incluindo idade, renda, escolaridade e tempo de internamento foi testado e mostrou-se sem significância pela ANOVA para o CREP ($p=0,332$), o CRE Neg ($p=0,656$) e para o CRE Total ($p=0,539$). Então, considerando a hipótese de que a religiosidade influencia o coping religioso-espiritual, foi elaborado um modelo considerando as variáveis independentes Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional e Religiosidade Intrínseca, que se apresentou significativo pela ANOVA em relação ao acaso, para explicar o comportamento das variáveis dependentes CRE Positivo ($p=0,041$) e CRE Negativo ($p=0,048$), mas não para explicar o CRE Total ($p=0,221$).

Não houve multicolinearidade entre as dimensões da religiosidade, apesar de uma correlação moderada entre religiosidade organizacional e

não organizacional ($r=0,7$; $p=0,00$). No modelo, houve homocedasticidade e não houve outliers com as variáveis CRE Positivo e CRE Negativo, entretanto, não houve distribuição normal dos resíduos para a variável dependente CRE Total. Sendo assim, optou-se por considerar o modelo explicativo para o CRE Positivo e Negativo, apresentado na Tabela 4.

Para o Coping Religioso-Espiritual Positivo, o modelo Religiosidade apresentou correlação fraca a moderada ($R=0,362$), explicando apenas 13,1% (R^2) do comportamento da variável. A Religiosidade Não Organizacional foi a única variável preditora isolada de Coping Religioso-Espiritual Positivo na amostra ($\beta=0,481$; $t=2,748$; $p=0,008$).

A comparação do modelo elaborado com as variáveis da religiosidade para a variável dependente CRE Negativo apresentou-se com correlação fraca a moderada ($R=0,335$) e explicando apenas 11,2% (R^2) do comportamento da variável. A Religiosidade Organizacional foi a única variável preditora isolada de Coping Religioso-Espiritual Negativo na amostra ($\beta=-0,435$; $t=-2,481$; $p=0,016$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Regressão linear múltipla das variáveis dependentes Coping Religioso-Espiritual Positivo e Negativo relacionadas à religiosidade. Recife, Pernambuco, Brasil – 2020. (N=62)

Dimensões da Religiosidade	CRE Positivo			CRE Negativo		
	β (1)	t	p	β (1)	t	p
Religiosidade Organizacional	-0,203	-1,169	0,247	-0,435	-2,481	0,016
Religiosidade Não Organizacional	0,481	2,747	0,008	0,275	1,553	0,126
Religiosidade Intrínseca	-0,190	-1,435	0,157	-0,084	-0,624	0,535

Fonte: Elaboração própria.

(1) coeficiente padronizado.

Discussão

A distribuição sociodemográfica encontrada no estudo e a predominância da religião católica corrobora os achados em outros estudos nacionais com populações similares no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁴⁻⁵⁾. Quanto às variáveis relacionadas ao tipo de cirurgia e tempo de internamento, 79% dos pacientes aguardavam a cirurgia de revascularização miocárdica, estando

a maioria dos pacientes internados há mais de 15 dias na data da entrevista. O período pré-operatório é caracterizado por uma série de dúvidas e incertezas, no qual uma gama de sentimentos conflitantes podem surgir e se tornarem geradores de grandes desafios nessa fase⁽⁵⁻⁶⁾. Quanto maior o tempo de internação mais o paciente fica suscetível à ansiedade e a formas negativas de enfrentamento da doença. Mais de 70% dos pacientes estavam na presença de acompanhante,

o que para eles representa uma certa segurança, tendo em vista que a presença da família junto ao paciente auxilia na diminuição dos sintomas de ansiedade que eles experimentam em face do trâmite cirúrgico⁽⁴⁾.

Há referências de que o suporte familiar e a espiritualidade são os principais fatores que os indivíduos utilizam para o enfrentamento da cirurgia e o controle da ansiedade pré-operatória⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A religiosidade apresentou um pequeno poder para explicar o uso do coping religioso-espiritual, de acordo com as análises por regressão. Esse resultado aponta para o fato de que a busca da religiosidade durante o período de dificuldade acontece mesmo naqueles que não têm uma vivência significativa da religiosidade.

Quanto a estratégias utilizadas de coping, ao analisar os resultados da escala CRE, encontrou-se que o domínio positivo do CRE, isto é, a forma positiva de enfrentamento, foi considerado médio e o negativo, baixo, sendo apenas o uso do CRE Total considerado alto com maior proporção para o uso do CRE Positivo. Deve haver uma via pela qual o uso do coping religioso-espiritual impacta no pré-operatório, amenizando a ansiedade, depressão e estresse gerados pela espera que as incertezas da cirurgia traz⁽¹²⁻¹³⁾.

Os principais fatores utilizados para o CRE Positivo foram Posição positiva frente a Deus e Afastamento através Deus/Religião/Espiritualidade. A Posição positiva frente a Deus é caracterizada pela busca da aproximação de Deus ou integração com as fontes criadoras da vida, para geração de bem-estar e motivação. Já o Afastamento através Deus/Religião/Espiritualidade é o quanto a religiosidade serve para um distanciamento em relação aos problemas, para tirar o foco e permitir continuar vivendo outros aspectos da vida⁽⁷⁾.

A religiosidade impacta positivamente o encontro com um novo significado para o procedimento cirúrgico, fortalecendo o processo de enfrentamento e até a recuperação⁽¹⁴⁾. Pesquisas mostram que estratégias de enfrentamento baseadas na fé e crenças dos pacientes, por

exemplo, oração, leituras etc., predizem menos ansiedade e depressão e melhor bem-estar espiritual e crescimento pós-traumático⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. A espiritualidade desempenha um papel tão importante na manutenção do bem-estar e humor, que um estudo clínico com uma grande amostra descobriu que não havia diferença entre a influência benéfica que uma intervenção psicológica pode trazer em comparação com a intervenção espiritual⁽¹⁶⁾.

A Religiosidade Não Organizacional foi a única variável preditora isolada de Coping Religioso-Espiritual Positivo na amostra. Isso indica que a maneira como os pacientes passam a adaptar a expressão de sua fé não se relaciona diretamente a padrões institucionais religiosos, o que não significa um abandono de sua crença. Possivelmente, há um processo de remodelamento dessa estrutura organizacional frente ao estresse do internamento e da decisão cirúrgica. Já Religiosidade Organizacional foi a única variável preditora isolada de Coping Religioso-Espiritual Negativo na amostra.

A relevância da espiritualidade tem sido reconhecida nos estudos sobre o enfrentamento das doenças e tem sido investigada em outras publicações, mostrando que a espiritualidade melhora a adesão e abre espaço para a busca de outras alternativas terapêuticas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Talvez a espiritualidade seja a chave para entender esse enfrentamento, sendo mais importante que a religiosidade. Outro estudo, avaliando a questão da esperança, com a mesma população, constatou que, embora o bem-estar religioso fosse melhor que o bem-estar existencial, não havia correlação direta com a esperança⁽²⁰⁾. Os autores argumentam que, provavelmente, embora a espera por uma cirurgia cardíaca possa trazer problemas existenciais e algum dano ao bem-estar religioso, a esperança permaneceu elevada, provavelmente porque é bem apoiada pela espiritualidade, não importando as crises existenciais ou religiosidade⁽²⁰⁾.

Esta pesquisa teve por limitação considerar as dimensões da religiosidade, contudo, sem considerar e utilizar uma escala validada para o construto *espiritualidade*, que poderia trazer

maiores informações e contribuir para maior compreensão do *coping* religioso-espiritual para os pacientes à espera da cirurgia cardíaca.

Com a realização deste estudo, espera-se contribuir para a compreensão de que as questões espirituais/religiosas não podem ser dissociadas da prática assistencial do enfermeiro, tendo em vista que fazem parte da realidade da maioria dos indivíduos.

Conclusão

A Religiosidade dos pacientes apresentou escores maiores para a dimensão organizacional. Os pacientes apresentaram um alto uso do *Coping* Religioso-Espiritual Total, com predominância para o CRE positivo. A Religiosidade Não Organizacional foi a única variável preditora isolada de *Coping* Religioso-Espiritual Positivo na amostra, enquanto a Religiosidade Organizacional foi a única variável preditora isolada de *Coping* Religioso-Espiritual Negativo.

Ressalta-se que há instrumentos específicos para anamnese espiritual, e nas taxonomias de Enfermagem há tanto Diagnósticos quanto Intervenções de Enfermagem para o domínio da religiosidade.

Sugere-se investigar, posteriormente, quais fatores contribuem para o uso ou não dessa estratégia e como o enfermeiro pode favorecê-la para o bem dos pacientes. Conclui-se que os enfermeiros podem considerar e investir em intervenções que favoreçam o *coping* positivo, repercutindo em melhor experiência do paciente diante de estressores importantes, como a cirurgia cardíaca.

Colaborações:

1 – concepção e planejamento do projeto: Paulo Cesar da Costa Galvão, Eduardo Tavares Gomes e Simone Maria Muniz da Silva Bezerra;

2 – análise e interpretação dos dados: Paulo Cesar da Costa Galvão, Eduardo Tavares Gomes e Simone Maria Muniz da Silva Bezerra;

3 – redação e/ou revisão crítica: Paulo Cesar da Costa Galvão, Eduardo Tavares Gomes e Simone Maria Muniz da Silva Bezerra;

4 – aprovação da versão final: Paulo Cesar da Costa Galvão, Eduardo Tavares Gomes e Simone Maria Muniz da Silva Bezerra.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Referências

1. Iqbal K, Irshad Y, Ali Gilani SR Sr, Hussain S, Ahmad M, Khan UA, et al. Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Role of Coping Strategies. *Cureus*. 2021;13(7):e16435. DOI: 10.7759/cureus.16435
2. Costa DT, Silva DMR, Cavalcanti IDL, Gomes ET, Vasconcelos JLA, Carvalho MVG. Religious/spiritual coping and level of hope in patients with cancer in chemotherapy. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):640-5. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0358
3. Martins GL, Siqueira FD, Benetti ERR, Dezordi CCM, Bittencourt VLL, Stumm EMF. Stress and coping among patients' relatives in the transoperative of cardiac surgery. *Rev Fund Care Online*. 2016;8(3):4704-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4704-4710>
4. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):737-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400012>
5. Reis MMR, Lima EFA, Casagrande RI, Fiorese M, Leite FMC, Primo CC. Epidemiological profile of patients submitted to cardiac surgery. *Rev enferm UFPE online*. 2019;13(4):1015-22. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238020p1015-1022-2019>
6. Bezerra SMMS, Gomes ET, Galvão PCC, Souza KV. Spiritual well-being and hope in the preoperative period of cardiac surgery. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):398-405. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0642>
7. Panzini RG. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da escala rcope, abordando relações com saúde e qualidade de vida [dissertação]. Porto Alegre

- (RS): Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004 [cited 2023 Nov 11]. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/7100>
8. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Arch Clin Psychiatry*. 2007;34(Suppl 1):126-35 DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700016>
 9. Silva JV, Dias BVB. Avaliação das propriedades psicométricas da versão em português da Escala de Religiosidade da Duke (P-DUREL). *REME Rev min enferm*. 2017;21:e-1012. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170022>
 10. Farag P, Behzadi A. Investigating the Relationship Between Religiosity and Psychological Distress Among Surgical Inpatients: A Pilot Study. *J Relig Health*. 2018;57(1):291-310. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0459-0>
 11. Aliche JC, Ifeagwazi CM, Chukwuorji JC, Eze JE. Roles of Religious Commitment, Emotion Regulation and Social Support in Preoperative Anxiety. *J Relig Health*. 2020;59(2):905-19. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0693-0>
 12. Gomes ET, Oliveira RC, Bezerra SMMS. Being-patient-waiting-for-cardiac-surgery:the preoperative period under the Heideggerian perspective. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(5):2535-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0506>
 13. Kalkhoran MA, Karimollahi M. Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *Ann Gen Psychiatry*. 200;29(6):17. DOI: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-17>
 14. Curcio N, Turner ED, Leonard K, Bennett MM, Warren AM, Edgerton JR. The role of resilience and spirituality in recovery following cardiac surgery. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2022;35(4):420-7. DOI: [10.1080/08998280.2022.2043985](https://doi.org/10.1080/08998280.2022.2043985)
 15. Rosendahl J, Tigges-Limmer K, Gummert J, Dziejwas R, Albes JM, Strauss B. Bypass Surgery with Psychological and Spiritual Support (the BY.PASS Study): Results of a Pragmatic Trial Based on Patients' Preference. *Psychother Psychosom*. 2013;82(1):35-44. DOI: <https://doi.org/10.1159/000339170>
 16. Ai AL, Hall DE. Divine Love and Deep Connections: A Long-Term Followup of Patients Surviving Cardiac Surgery. *J Aging Res*. 2011;2011:841061. DOI: <https://doi.org/10.4061/2011/841061>
 17. Ebrahimi A, Eslami J, Darvishi I, Momeni K, Akbarzadeh M. Investigation of the Role of Complementary Medicine on Anxiety of Patients Before and After Surgery: A Review Study. *Holist Nurs Pract*. 2020;34(6):365-79. DOI: [10.1097/HNP.0000000000000414](https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000414)
 18. Rabelo ACS, Souza FVFS, Silva LF. Contribuição do cuidado transpessoal ao ser-cardiopata no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e64743. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.64743>
 19. Bezerra SMMS, Gomes ET, Galvão PCC, Souza KV. Spiritual well-being and hope in the preoperative period of cardiac surgery. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):398-405. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0642>
 20. Bezerra SMMS, Gomes ET. Religiousness, Spiritual Well-being and Transpersonal Caring in the Preoperative Period of Heart Surgery. *Rev Cuidarte*. 2020;11(2):e1020. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1020>

Recebido: 19 de março de 2022

Aprovado: 27 de outubro de 2023

Publicado: 6 de dezembro de 2023



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos