

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

**RELIGIOSIDADE,
ESPIRITUALIDADE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E BEM-ESTAR SUBJETIVO
DE PACIENTES SUBMETIDOS À CINEANGIOCORONARIOGRAFIA**

JOSÉ DE RIBAMAR MEDEIROS LIMA JÚNIOR

São Luís
2021

JOSÉ DE RIBAMAR MEDEIROS LIMA JÚNIOR

**RELIGIOSIDADE,
ESPIRITUALIDADE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E BEM-ESTAR SUBJETIVO
DE PACIENTES SUBMETIDOS À CINEANGIOCORONARIOGRAFIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto.

São Luís
2021

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

LIMA JUNIOR, JOSÉ DE RIBAMAR MEDEIROS.

RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO E
BEM-ESTAR SUBJETIVO DE PACIENTES SUBMETIDOS À
CINEANGIOCORONARIOGRAFIA / JOSÉ DE RIBAMAR MEDEIROS LIMA
JUNIOR. - 2021.

124 f.

Orientador(a): JOSÉ ALBUQUERQUE DE FIGUEIREDO NETO.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em
Ciências da Saúde/ccbs, Universidade Federal do Maranhão,
SÃO LUÍS - MA, 2021.

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Doença da Artéria
Coronária. 4. Espiritualidade. 5. Religiosidade. I. DE
FIGUEIREDO NETO, JOSÉ ALBUQUERQUE. II. Título.

JOSÉ DE RIBAMAR MEDEIROS LIMA JÚNIOR

Religiosidade, espiritualidade, ansiedade, depressão e bem-estar subjetivo de pacientes submetidos à cineangiocoronariografia.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 11/06/2021.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. Fábio Scorsolini-Comin (1º Examinador)
Universidade de São Paulo – USP

Profa. Dra. Maria Jacqueline Silva Ribeiro (2º Examinadora)
Universidade Ceuma – UNICEUMA

Prof. Dra. Vanda Maria Ferreiasimões(3º Examinador)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha (4º Examinador)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

“Confiem nele em todos os momentos, ó povo; derramem diante dele o coração, pois ele é o nosso refúgio.”
Salmos 62:8

AGRADECIMENTOS

Não poderia iniciar meus agradecimentos sem reconhecer quão importante Deus foi nesta trajetória trilhada no Doutorado, por todos os momentos vividos e todo conhecimento apreendido. Sou grato, imensamente a ti, Pai.

À Universidade Federal do Maranhão pela constante busca da melhoria na qualidade do ensino; ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, por oportunizar a realização do Doutorado em um programa reconhecido e que cresce cada vez mais.

Ao meu Orientador Prof^o Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto, pessoa tão amável, e tão acolhedora, sinônimo de serenidade e companheirismo. Muito obrigado por ter me aceitado como seu orientando e por toda ajuda na construção deste trabalho, o senhor é de Deus!

Agradeço também a Prof^a Flávia Maria Mendonça do Amaral, sem o seu auxílio e acolhimento, certamente, eu não estaria aqui neste momento; apesar de nossa caminhada ter sido interrompida, eu sou e sempre serei eternamente grato por tudo. A senhora mora no meu coração, professora!

À banca de qualificação, por todo o cuidado e respeito ao corrigir meu trabalho, por toda orientação e sugestões para que ele pudesse estar pronto para ser defendido, meu muito obrigado.

Aos Profs. Drs. Antonio Marcus de Andrade Paes e Paulo Vitor Soeiro Pereira coordenador e vice, respectivamente, do PPGCS, por todo seu empenho e dedicação em sempre elevar a qualidade do PPGCS e da UFMA em todos os lugares. Sinceros agradecimentos também ao colegiado do curso que teve grande compreensão devido ao momento em que estamos vivendo e conseguiu estender os prazos, além de entender as dificuldades com relação às publicações.

Aos professores do PPGCS, por todos os ensinamentos e todas as experiências vividas ao longo desses anos e que foram transmitidos nas disciplinas, tivemos os melhores professores sem sombra de dúvidas.

À minha mãe, Telma Maria Ramos Jardim, sinônimo de força e garra para minha vida, com seu amor incondicional, foi um suporte essencial para todos os meus planos e todas as vitórias vividas. A força necessária para conquistar este nosso objetivo tão sonhado e para a finalização desta pesquisa eu devo a você! Ao meu pai,

José de Ribamar Medeiros Lima, que apesar da distância também foi importante para que eu pudesse subir cada degrau nesta jornada. Eu amo vocês!

À minha amada esposa, Thaynara Helena Ribeiro e Silva Medeiros, pela paciência e amor dedicado a mim, desde o dia em que nos conhecemos até o presente momento, por todo suporte nos momentos em que eu pensei em desistir. Obrigado por sempre me impulsionar a ir além, eu te amo demais.

A toda a minha família que sempre vibrou com minhas conquistas e me impulsionou mesmo nos momentos difíceis a ir além do que eu imaginava conseguir, muito obrigado.

À Equipe de Enfermagem do setor de Hemodinâmica do Hospital Universitário, à Técnica de Enfermagem Cristina Alves Silva, às Enfermeiras Maryjane Assunção Cardoso e Adriana Souza Freitas, às meninas do administrativo: Muito obrigado!

Aos amigos inesquecíveis adquiridos na graduação em Enfermagem, no mestrado e na vida profissional, em especial, Thais Furtado Ferreira sempre tão zelosa com todos à sua volta. E aos amigos conquistados na turma do doutorado, que muito me ajudaram a concluir este trabalho. Muito obrigado, sem vocês realmente eu não conseguiria.

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de mortalidade no mundo, e entender novas estratégias de tratamento é muito importante. A ansiedade e depressão também são patologias que têm agregado empenho em melhor entendê-las e tratá-las. A religiosidade e espiritualidade e as possibilidades de utilizá-las como enfrentamento de doenças têm conquistado espaço na sociedade. **Objetivo:** Analisar a relação entre religiosidade e espiritualidade e *coping* religioso-espiritual, ansiedade e depressão, bem como avaliar o bem-estar subjetivo em pacientes com Doença Arterial Coronariana. **Método:** Estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, que foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). O período de realização do estudo foi de março 2019 a agosto de 2019. A coleta de dados foi realizada usando os seguintes instrumentos: um questionário socioeconômico e demográfico, o Índice de Religiosidade de Duke, a escala CRE-Breve (CopingReligioso-Espiritual) e a escala de HADS para obtenção dos resultados. **Resultados:** O estudo totalizou 148 pacientes, destes 80 pacientes (54,05%) eram do sexo feminino, a média de idade dos pacientes com maior expressividade foi no escore entre 61-70 anos (22,97%), tivemos uma Religiosidade Organizacional (RO) com a grande maioria respondendo que frequenta uma vez por semana totalizando 30,41%; uma Religiosidade Não Organizacional (RNO) de 82,43% que dedica seu tempo para atividades religiosas individuais, e uma Religiosidade Intrínseca (RI) expressa por 90,54% onde a presença de Deus ou do Espírito Santo na vida dos entrevistados é totalmente verdade. Um total de 58,78% teve o diagnóstico de Doença Arterial Coronariana. Quanto a HADS-A (Ansiedade), 41,89% têm a possibilidade de estar com quadro de ansiedade com p-valor de 0,917, já a subescala; HADS-D (Depressão) apresenta 62,84% com p-valor de 0,307, que tem a possibilidade de ter um quadro de depressão. Ao quantificar BES, identificou-se que mais da metade dos participantes apresentaram alto nível de BES. Quando se associou a DAC ao BES, obteve-se um p-valor igual a 0,398, demonstrando que, independente do diagnóstico de DAC, não houve associação entre o Bem-Estar Subjetivo (BES) e a Doença Arterial Coronariana. **Conclusão:** Apesar de não ter tido relação da DAC com as variáveis do estudo, ressalta-se a contribuição do estudo para a melhor compreensão e atenção às estratégias de abordagem multiprofissional e integrativa para auxílio no enfrentamento das doenças crônicas, em especial as psiquiátricas, e o envolvimento com os aspectos da

religiosidade e espiritualidade, subsidiando novas investigações e pesquisas nessa temática.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religiosidade; Ansiedade; Depressão; Doença da Artéria Coronária.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are among the main causes of mortality in the world, and understanding new treatment strategies is very important. Anxiety and depression are also pathologies that have added efforts to better understand and treat them. Religiosity and spirituality and the possibilities of using them to fight diseases have gained ground in society. **Objective:** To analyze the relationship between religiosity and spirituality and religious-spiritual coping, anxiety and depression, as well as to assess the subjective well-being in patients with Coronary Artery Disease. **Method:** Analytical, cross-sectional study with a quantitative approach, which was carried out at the University Hospital of the Federal University of Maranhão (HUUFMA). The study period was from March 2019 to August 2019. Data collection was performed using the following instruments, a socioeconomic and demographic questionnaire, the Duke Religiosity Index, the CRE-Breve scale (Religious-Spiritual Coping) and the scale of HADS to obtain the results. **Results:** The study totaled 148 patients, of these 80 patients (54.05%) were female, the mean age of patients with greater expressiveness was in the score between 61-70 years (22.97%), we had an Organizational Religiosity (RO) with the vast majority answering that they attend once a week, totaling 30.41%; a Non-Organizational Religiosity (RNO) of 82.43% who dedicate their time to individual religious activities, and an Intrinsic Religiosity (IR) expressed by 90.54% where the presence of God or the Holy Spirit in the lives of respondents is totally true. A total of 58.78% had a diagnosis of CAD. As for the HADS-A (Anxiety), 41.89% have the possibility of having an anxiety condition with a p-value of 0.917, as for the subscale; HADS-D (Depression) presents 62.84% with p-value of 0.307 that has the possibility of having a picture of depression. When quantifying BES, it was identified that more than half of the participants had a high level of BES. When CAD was associated with BES, a p-value of 0.398 was obtained, demonstrating that, regardless of the CAD diagnosis, there was no association between Subjective Well-being (BES) and Coronary Artery Disease. **Conclusion:** Although there was no relationship between CAD and the study variables, the study's contribution to better understanding and attention to multidisciplinary and integrative approach strategies to aid in coping with chronic diseases, especially psychiatric ones, and involvement with aspects of religiosity and spirituality, supporting further investigations and research on this theme. **Keywords:** Spirituality; Religiosity; Anxiety; Depression; Coronary Artery Disease.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A	Ansiedade
AC	Aspectos Comportamentais
AS	Apoio Social
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAI	Inventário de Ansiedade Beck
BDI II	Inventário de Depressão Beck-Segunda Edição
CRE	<i>Coping</i> Religioso/Espiritual
CRH	Hormônio Liberador de Corticotrofina
CREbreve	Escala Breve do <i>Coping</i> Religioso/Espiritual
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doenças Cardiovasculares
DP	Depressão
DUREL	Índice de Religiosidade de Duke
HÁ	Hipertensão Arterial
HU/UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
RCOPE	<i>Scala ReligiousCoping</i>
RM	Revascularização do Miocárdio
R/S	Religião/Espiritualidade
A	Ansiedade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	Religiosidade, Espiritualidade e o <i>Coping</i> espiritual	14
2.2	Religiosidade/Espiritualidade e o processo saúde-doença	18
2.3	Suporte religioso e espiritual como estratégia de enfrentamento de doenças	20
2.4	Religiosidade e Espiritualidade nos eventos cardiovasculares	24
2.5	Eventos cardiovasculares e a Cineangiocoronariografia	27
2.6	Ansiedade e Depressão e os eventos cardiovasculares	29
3	OBJETIVOS	32
3.1	Objetivo Geral	32
3.2	Objetivos Específicos	32
4	MATERIAL E MÉTODOS	33
4.1	Delineamento de estudo	33
4.2	Local e Período	33
4.3	População e Amostra	33
4.4	Recrutamento e critérios de inclusão, de não inclusão e de exclusão	34
4.5	Coleta de dados	35
4.6	Instrumento de coleta de dados	36
	Questionário Sócio demográfico	36
	Questionário de Saúde	
	Índice de Religiosidade de Durel	37
		38
	A escala CRE-Breve (<i>Coping</i> Religioso-Espiritual)	39
	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	
	Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)	39
4.7	Análises Estatísticas	40
4.8	Aspectos éticos	40

Referências

5	RESULTADOS	41
.....		
5.1	Capítulo 1 – Enfrentamento espiritual e religiosofrente ao diagnóstico de Doença Arterial Coronariana em um hospital universitário	45
.....		
5.2	Capítulo 2 – Associação entre Doença Arterial Coronariana e a presença de depressão e ansiedade entre pacientes submetidos a cineangiocoronariografia	
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
.....		
	APÊNDICES	
.....		
	ANEXOS	
.....		

1. INTRODUÇÃO

O perfil da sociedade vem passando por mudanças, caracterizando-se pelo aumento do envelhecimento populacional e grande mudança do perfil alimentar e hábitos de vida, desencadeando assim em um aumento na ocorrência de novos casos e casos antigos das doenças crônicas não transmissíveis, com as mais variadas manifestações clínicas e agravos que necessitam de um cuidado especial (WHO, 2019).

A Doença Arterial Coronariana (DAC), dentro do escopo das doenças cardiovasculares, configura-se como uma doença crônica e que necessita destaque especial nesse contexto, pois seu diagnóstico, tratamento e recuperação geram as mais variadas ações de cuidado, proporcionando aos pacientes diversas experiências que podem refletir no modo de enfrentamento desse processo (PRÉCOMA et. al, 2019).

Entre os procedimentos realizados para o diagnóstico de DAC, citamos o exame de cineangiocoronariografia, também denominado de cateterismo cardíaco ou angiografia coronária, a partir dele pode-se confirmar o surgimento de oclusões das artérias coronárias ou como têm se dado o comportamento das valvas e do músculo cardíaco (LOPES et. al, 2019).

Todo esse itinerário vivido pelo paciente gera grande expectativa, e aflora inúmeros sentimentos de cunho individual ou coletivo, que podem desencadear situações estressoras culminando em episódios de ansiedade ou depressão, bem como diversas expressões de afirmação da fé e realização de preces, com o intuito de amenizar os possíveis impactos gerados pelo possível diagnóstico da doença (BRUGADA et. al, 2020).

A possível associação de doenças cardíacas com aspectos da espiritualidade e religiosidade tem sido fortemente discutida nos últimos tempos, e a Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, que atualiza a abordagem dos fatores de risco habituais e confronta novas necessidades e maneiras de lidar com esse problema (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2019).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019) a Espiritualidade agrega um conjunto de princípios éticos, morais, emocionais e mentais que ajudam a direcionar pensamentos, ações, posicionamentos e comportamentos nas diversas situações vividas nos relacionamentos intra e interpessoais; a Religiosidade é entendida como

todo o direcionamento e projeção da espiritualidade, podendo ser realizada de maneira organizacional ou não, transmitidos a partir da religião tem uma abordagem multifacetada com diversos dogmas e práticas.

O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (2016) trouxe os conceitos de Religiosidade, Espiritualidade e Religião a partir das discussões advindas de encontros realizados para o maior entendimento dessa temática, e posterior divulgação dos resultados para a sociedade científica.

Com isso, conceitua-se que Espiritualidade é o desejo de buscar um direcionamento para a sua existência, estando ou não ligado a uma crença religiosa; já a Religiosidade é a vivência pessoal ou maneira de lidar individualmente com as práticas e crenças religiosas, podendo estar atreladas ou não a alguma instituição; e a Religião é uma organização social formada por práticas e crenças que dão base para um relacionamento transcendental (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2016).

Ainda nesse contexto, quando se pretende relacionar a religiosidade e espiritualidade e a forma como os indivíduos se apoiam nelas para enfrentar as situações estressoras, temos o que denominamos de *Coping* Religioso Espiritual (CRE). A palavra *coping*, não tem tradução literal para o português, mas algumas traduções citam a palavra “enfrentamento” para sua tradução do inglês. Logo, o *Coping* Religioso Espiritual seria o emprego das devoções religiosas espirituais e também de credences como forma facilitadora para se resolver os problemas e também para aliviar ou evitar consequências emocionais negativas de eventos da vida que geram angústias ou sofrimentos (PANZINI, 2005).

Tais sentimentos podem gerar as doenças psiquiátricas, que atualmente vêm ganhando destaque nos estudos científicos e também suas associações com as afecções cardiovasculares, pela relação de causa e efeito que uma pode gerar na presença da outra, como visto no estudo de Aragão (2019), onde demonstrou forte correlação entre a presença de DAC e os aspectos neuropsicológicos de ansiedade e depressão estimulando a morbidade dessas patologias.

A ansiedade e a depressão são distúrbios psiquiátricos que vêm crescendo exponencialmente no mundo como aponta pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (2018), que fala que mais de 300 milhões de pessoas sofrem

dessas patologias, gerando uma intensa preocupação em como tratar e acompanhar os indivíduos diagnosticados com elas.

Logo, a partir dessa abordagem mencionada, para Diener (1984), o bem-estar subjetivo direciona informações acerca de como as pessoas avaliam suas vidas, incluindo sua saúde e a compreensão acerca de como essas emoções são vivenciadas pelos indivíduos. Logo, o bem-estar subjetivo pode ser conceituado como sustentação de toda essa percepção de cuidado. O “estar bem”, “sentir-se realizado”, “ser feliz” podem impactar positivamente em como enfrentar os episódios estressores que podem ser vivenciados, a partir do diagnóstico de uma doença, por exemplo (SIQUEIRA; PADOVAN, 2018).

Diante disso, entender a relação entre a fisiopatologia da Doença Arterial Coronariana e sua associação com a religiosidade e espiritualidade, podem contribuir para o estabelecimento de um *coping* religioso-espiritual, e consequentemente diminuir possíveis impactos que situações estressoras podem gerar levando ao aparecimento de patologias como ansiedade e depressão (OLIVEIRA et. al, 2019).

Sendo assim, esta pesquisa buscou analisar a relação entre religiosidade e espiritualidade, *coping* religioso-espiritual, ansiedade, depressão, e bem-estar subjetivo em pacientes com Doença Arterial Coronariana atendidos no hospital em questão.

O trabalho foi dividido em três capítulos, onde o primeiro trata da revisão literária do tema da tese em questão, e os objetivos e aspectos metodológicos utilizados em todo o itinerário de construção do trabalho. O segundo refere-se ao artigo científico que trata sobre “Ansiedade, Depressão e Bem-Estar Subjetivo associados à Doença Arterial Coronariana”, com seus resultados, discussão e tabelas no final do artigo.

E o terceiro, trata sobre o “Enfrentamento espiritual e religioso frente ao diagnóstico de Doença Arterial Coronariana em um hospital universitário”, que também tem seus resultados elencados no final do artigo juntamente com as tabelas organizadas para facilitar a visualização.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Espiritualidade, Religiosidade e Religião

2.1.1 Religião e Espiritualidade: histórico e concepções para a saúde

O mundo moderno tem vivenciado uma intensa preocupação pelos aspectos subjetivos e pelas experiências pessoais demandadas pelos indivíduos (SANTANA et al., 2010). Essa ação não é percebida somente no contexto atual, mas desde as sociedades passadas essa temática tem sido apontada para contextualizar diversos conceitos que explicam vários fenômenos religiosos e espirituais (STEIL; TONIOL, 2013).

Considerando o contexto histórico, na Pré-História, o motivo pelo qual as pessoas adoeciam era relacionado com espíritos do mal, chegando a existir procedimentos como a rachadura no crânio para conseguir eliminar esses espíritos. No Egito Antigo, realizavam-se magias para curar doenças que eram consideradas castigos provocados por demônios; existia nessa civilização um grande conceito de associação entre corpo e mente (GURUNG, 2010).

A Grécia Antiga foi uma das civilizações primitivas onde se visualizou a relação entre saúde e doença como parte do comportamento adequado da fisiologia humana e não como uma ocupação por espíritos malignos; advindos também das contribuições de Hipócrates que formulou a teoria humoral indo de encontro a visão histórica de doenças como castigos ou possessões do demônio. Em conformidade com esse pensamento, Galeno, médico e filósofo, demonstrou que as desordens podem acontecer em fragmentos particulares e distintas do corpo e que poderiam gerar diversas consequências para as pessoas (LYONS; CHAMBERLAIN, 2006).

Já na Idade Média, as concepções religiosas das doenças retornaram, e acreditava-se que suas causas eram atribuídas a espíritos do mal, castigo de Deus por erros gerados pelo ser humano, pela invasão de demônios e que, para se obter a cura, seria necessário rituais e pela intensa intercessão dos santos. Via-se uma restrição do conhecimento médico ao poderio da Igreja, e em diversas situações os padres tomaram o lugar dos médicos quando se tratava da cura dos enfermos (STRAUB, 2005).

No século XVI, aconteceu o que chamamos de Revolução Científica, com várias transformações no campo do conhecimento. René Descartes, grande filósofo, matemático e físico, sendo um grande nome do conhecimento moderno, considerou o funcionamento do corpo humano a complexidade de uma máquina. Após a ruptura com a igreja, realizou-se dissecações para entender melhor o funcionamento do corpo, acreditando-se que após a morte a alma se desvincularia do corpo (FIGUEIREDO; SANTI, 2004).

O avanço científico vislumbrado no século XX, a partir das pesquisas biomédicas, proporcionou o descobrimento de cura para determinadas patologias que até então eram consideradas letais. Desenvolvendo assim um pensamento científico voltado para concretude dos fatos, deixando as experiências religiosas e com o sagrado em um plano abstrato (CARVALHO, 2003). O foco do interesse científico pelas questões fisiológicas e biológicas do homem favoreceram, inquestionavelmente, inúmeros progressos inerentes ao manejo e conhecimento das doenças. Quando se realizaram as primeiras cirurgias, ocorreu a otimização do tratamento e a cura de inúmeras doenças (STRAUB, 2005).

Diante desses aspectos, a maneira de vivenciar essas experiências tem se modificado ao longo do tempo, estabelecendo maneiras novas e particulares na vivência da religiosidade, agregando práticas e crenças diversas nesse contexto, gerando uma afirmação da fé consolidada intimamente em sua identidade particular (MARALDI, 2016, p. 126). Com isso, os ambientes acadêmicos têm despertado cada vez mais o interesse em pesquisar sobre espiritualidade e religiosidade, agregando cada vez mais solidez ao tema (GOMES et al, 2015).

Nessa conjuntura, foram criados campos novos de saberes e conhecimento na área da saúde que fazem uma grande relação entre corpo e mente focalizando no que chamamos de Psicologia na saúde. Exemplificando o que foi falado, pode-se citar a Medicina Psicossomática, construída em meados do século XXI, que vem propor o intenso apoio de fatores psicológicos no desenvolvimento de doenças, e ressaltando que essas não são apenas consequências delas; já na Medicina Comportamental, que se originou na década de 1970, estão incluídos aspectos sociológicos, psicológicos e educacionais no que se trata da prevenção, promoção e tratamento da saúde (OGDEN, 2007).

2.1.2 Espiritualidade, Religiosidade, Religião e Seus conceitos

Conceituar espiritualidade e religiosidade remete ao vínculo da pessoa com uma divindade ou religião, que pode ser experimentada tanto de maneira coletiva como de forma individual, e que agrega diversos valores; quando se pretende estudar mais intimamente esse tema (BRAVIN et al., 2019). Visualiza-se que os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade não possuem uma uniformidade, apesar de muitas definições vistas na literatura (Koenig, 2012 ;Lavorato Neto, Rodrigues, Silva, Turato, & Campos, 2018).

As sociedades científicas em suas obras não negam essas diferenças conceituais, porém possuem grande dificuldade em defini-las, pois são fenômenos multidimensionais e complexos, e manter apenas uma única definição poderá não agregar todas as vertentes, de modo que algumas pessoas podem se classificar como espirituais, porém não sendo religiosas, outras sendo religiosas sem serem espirituais, e ainda algumas sendo espirituais e religiosas, ou não sendo nem espirituais e nem religiosas (GLADDING; CROCKETT, 2019).

Alguns autores, como Koenig, King e Carson (2012), que estudam sobre essa temática, trazem que a religião é formada por práticas e credences voltadas para o sagrado. Falam ainda que esta possa ser praticada individualmente ou em comunidade, porém nela estão envolvidas várias tradições comuns fazendo com que se distinga da espiritualidade.

Lucchetti e colaboradores (2010) abordaram que a espiritualidade é compreendida a partir de uma constante caminhada para entender os aspectos finais da vida, todo o seu relacionamento com as figuras sagradas e com o transcendental, fato que normalmente levará à realização de práticas religiosas ou também de instituições religiosas.

Para Koenig (2012), a espiritualidade compreende uma busca pessoal pelo entendimento das causas finais da vida, seus significados e expressões, sua relação com as experiências transcendentais e com o sagrado, e a partir disso convergir para formação de comunidades, ou até mesmo originar rituais religiosos.

Já Frei Betto (2014) trata que a espiritualidade é explicada como uma vivência mística, que ganha um sentido normativo em nossas vidas; vendo esse misticismo

como uma experiência que fundamenta o homem. Porém, para ele existem diversas formas de espiritualidade ou modos como iremos vivê-las. No cristianismo, podemos citar as espiritualidades: dominicanas, beneditina, franciscana, jesuítica e atualmente ainda teríamos a dos movimentos leigos, carismáticos e as comunidades eclesiais de base.

Quando se aborda a religiosidade, Asad (2010) nos diz que esta é “um espaço distinto da prática e da crença humana que não pode ser reduzido a nenhum outro”. Ele ainda afirma que não se pode ter um conceito pronto sobre religião e também sobre religiosidade, mas que elas em si acabam sendo seus produtos históricos, através das experiências vivenciadas, relatadas, registradas e por fim repassadas.

A religiosidade, então, trata-se de uma verdade pela qual o indivíduo acredita, defende, segue e pratica, sendo que esta prática pode ser organizacional, ou seja, estruturada em um templo religioso, ou em um ambiente físico onde aconteçam as ações religiosas, ou também de cunho não organizacional, como ouvir e assistir canais religiosos, ou com mensagens religiosas, rezar, orar, ler livros, entre outros (LUCCHETTI et. al, 2010).

Koenig (2012) também traz o conceito de religiosidade e fala que esta pode ser compreendida como uma organização sistemática de crenças, simbologias, rituais e práticas utilizados para aproximar e com isso facilitar a vivência com o Sagrado.

Com o intuito de definir a religiosidade de forma analítica, Steil e Toniol (2013) falam que desde o início ela está presente nas produções das Ciências Sociais, sendo um tema clássico durante todo tempo, ressaltando sua importância para sociedade e seu destaque em nosso meio. Sendo assim, a religiosidade tem como foco principal priorizar a vida coletiva e a experiência envolvendo toda comunidade, dando sentido a fé e todo seu sentimento envolvido (TAVARES, 2013).

Tavares (2013) aborda duas formas de religiosidade e suas diferenças. A religiosidade intrínseca é aquela onde as pessoas interiorizam suas crenças. Nesse sentido, a religião faz parte do cotidiano da pessoa integralmente, e vem se relacionar com comportamentos e crenças religiosas que ocorrem privativamente, que aborda o relacionamento pessoal com a divindade ou com algo que represente uma estreita devoção. Em se tratando da religiosidade extrínseca, podemos caracterizá-la como práticas religiosas sociais ou ainda rituais religiosos públicos que fazem com que pessoas de mesmo pensamento professem a mesma fé.

Uma forma de associar esses conceitos tem sido a combinação dos mesmos, como religião/espiritualidade (PETEET, 2017), e também religiosidade/espiritualidade (R / S) por Cunha e Scorsolini-Comin (2019), essa associação foi idealizada, pois as complexidades desses conceitos são claras e o uso do termo R / S gera uma individualidade na experiência de cada um, sem gerar uma importância diferenciada entre uma pessoa religiosa ou espiritual.

Quando utilizada a combinação R / S, os estudiosos não abandonam a importância da diferenciação desses conceitos, e entendem que não é fundamental considerar apenas o fenômeno, mas como as pessoas vivenciam esses conceitos e os impactos gerados em suas vidas, logo, entender essas definições e conceituá-las é um processo que requer muita cautela, pois os espaços de início e término de cada uma são muito específicos e o entendimento é que elas assumem um papel de embate e não de junção (TAVARES, 2018).

2.2 Religiosidade/Espiritualidade e o processo saúde-doença

A Espiritualidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “as crenças de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e o propósito da vida, não se limitando a nenhum tipo específico de crença ou prática religiosa” (WHO,1998).

A partir disso, percebe-se que a relação entre o processo saúde-doença e a religiosidade/espiritualidade (R/E) é concebida há muito tempo. Na Grécia Antiga, encontram-se relatos de deuses que poderiam provocar o surgimento de doenças, bem como na Idade Média, onde para se praticar a medicina deveria ser solicitada uma autorização da Igreja e só seria exercida caso ela autorizasse (Lucchetti et al, 2011).

Carvalho Ferreira *et al.* (2015) recordam em sua fala que vários direcionamentos são voltados a olhares mais ampliados no processo de assistência à saúde que surgiram desde a década de 1980, que ressaltam a importância dos fatores psicossociais e ambientais. Vários pesquisadores vêm percebendo e analisando de maneira empírica, nas últimas quatro décadas, que um número crescente de dados traduz que a crença religiosa tem representado uma forte influência na vida das pessoas, prioritariamente nos aspectos psicológicos e físicos. Isso fez com que o

aspecto religioso na saúde do ser humano tomasse um espaço de valorização nesse sentido.

Nesse aspecto, uma área que deu grande foco para essas abordagens foi a Psicologia, que, apesar de não corroborar com alguns pensamentos, buscou manter diálogos para essas perspectivas novas. Com isso, o conjunto de ações assistenciais à saúde encontra agora a religião, a religiosidade e a espiritualidade como ferramentas de facilitar a forma de enfrentamento desses processos (SOCCI, 2006; CARVALHO-FERREIRA et al., 2015).

Atrelado a isso, essa valorização no âmbito da saúde pelas questões religiosas, para Aragão (2012, p. 281), que em um tempo pouco remoto os aspectos da Religião eram considerados como um traço cultural e como uma herança histórica das sociedades pré-modernismo. Em nosso cenário atual, apreciamos uma renovação grandiosa do envolvimento religioso das pessoas, o que faz que os pesquisadores coloquem essa temática como foco atual.

Ao tratarmos do cuidado integral dos indivíduos no processo saúde-doença, levamos em consideração cinco dimensões: a física, a emocional, a mental, a cultural e a espiritual, ressaltando a importância da religiosidade e espiritualidade no tratamento clínico como uma forma de recurso terapêutico (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO-NETO; KOENIG, 2006; REGINATO; BENEDETTO; GALLIAN, 2016).

De maneira bem crescente, essa prática de valorização da religiosidade e espiritualidade tem ganhado uma importância significativa para aqueles que acreditam em Deus e possuem uma prática religiosa contínua, ressaltando sua eficácia em momentos difíceis, principalmente aqueles que envolvem situações incontrolláveis e devastadoras (SALEEM R, KHAN, AS; 2015).

Com uma atitude mais concreta, afirma-se que muitos estudos fazem ligações firmes entre a religiosidade e espiritualidade, e suas vantagens no enfrentamento de doenças, como exemplo cita-se a dor crônica, percebendo uma diminuição da percepção sensitiva álgica, e gerando assim melhora na qualidade de vida (SALEEM; KHAN, 2015), e a partir da confiança no poderio de Deus, sobre as ocorrências, que levam a uma diminuição da sensação de ameaça, facilitando uma melhor apropriação aos tratamentos, e conseqüentemente gerando maior formulação do sentido de vida e também a esperança (FORTI et. al; 2018).

Convém definir mais uma vez nesse cenário que a religiosidade e a espiritualidade, mesmo tendo pontos em comum, não podem ser consideradas sinônimos. Na religiosidade, temos aspectos que não são relacionados com a espiritualidade, porém o efeito delas em todo o contexto que envolve a saúde e a doença auxilia na conformação desse contexto para uma expressiva conexão e ambientação dos mesmos (PEREIRA; HOLANDA 2019).

Para a SBC (2019) a conjuntura existente entre espiritualidade e religiosidade e os processos de saúde e adoecimento apresenta múltiplos fatores e pode, em parte, ser introduzida a uma autorregulação de comportamento delimitada com a participação religiosa e sua afiliação implicando na redução do consumo de álcool, tabaco e drogas, reduzindo também o número de parceiros sexuais, implementando melhores condições de transporte, acesso a médicos e tratamentos, e também a alimentação.

Quando levamos em consideração a questão emocional, a comunhão religiosa gera uma psicologia positiva melhor e também melhor apoio social, logo o enfrentamento espiritual positivo acaba gerando mais esperança, amor, conforto, perdão e muitos benefícios que se pode citar. Do ponto de vista dos aspectos comportamentais, grande parte dos estudos apontam uma relação benéfica entre espiritualidade, religiosidade e aspectos fisiológicos, e também muitas entidades clínicas fisiopatológicas como, por exemplo, as doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019).

A utilização da comprovação de vários aspectos diferentes da religiosidade e espiritualidade como suporte terapêutico, com foco para determinar desfechos positivos em várias doenças, torna-se um desafio para medicina por seu contexto multiaxial, e os limites éticos e metodológicos mostram quão difícil é para medir e quantificar os impactos das motivações religiosas e espirituais nos métodos científicos com abordagem no processo saúde-doença (GALLIAN, 2016).

2.3 *Coping* religioso espiritual como estratégia de enfrentamento

Diante de todo o contexto abordado para o entendimento das definições próprias da religião, religiosidade e espiritualidade, sugere-se que os indivíduos religiosos conseguem, de maneira mais eficaz, lidar com as situações difíceis da vida

a partir do que chamamos de *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) (ARRIEIRA et.al, 2018).

Coping, ou da tradução para “enfrentamento”, quer dizer um conglomerado de estratégias, comportamentais e cognitivas, que são usufruídas com o intuito de melhor lidar com episódios estressores. Sendo assim, quando são utilizadas estratégias religiosas com esse intuito, ele está recorrendo ao *coping* religioso. Alguns conceitos de *coping* religioso não abordam abertamente a espiritualidade, porém ela também agrega um aspecto muito importante nessa forma de enfrentamento (TAVARES et. al, 2016).

Pargament, Koenig e Perez (2000) participaram da elaboração da escala *Spiritual and religion Coping Scale* – SCROPE, que serviria para medir as estratégias religiosas e espirituais para o enfrentamento. No Brasil, a validação dessa escala foi realizada por Panzini e Bandeira (2005), com o nome de Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE), que possibilitou o estudo dessa temática e sua comparação com diferentes países.

Para Pargament o *coping* religioso, ou enfrentamento religioso, relaciona-se com a compreensão de como as práticas religiosas e as crenças podem ajudar no entendimento e a maneira como serão encarados os processos estressores da vida. Ele destaca três tipos de *coping* religioso: o autodiretivo, o delegante e o colaborativo, porém não restringe os tipos de *coping* apenas a esses e elenca um quarto tipo que seria o suplicante, que seria o tipo de enfrentamento onde o indivíduo tenta influenciar o desejo de Deus através de pedidos e orações (PARGAMENT, 1997).

Em um primeiro estudo, Pargament et al. (1988) elencaram três formas de *coping* religioso/espiritual orientadas nas dimensões nível de atividade e locus de controle, subseqüentes às formas de solução dos problemas. O primeiro estilo é o da autodireção (*self-directing*), é aquele que considera que Deus seria mais passivo, e o indivíduo mais ativo na resolução de situações difíceis. O entendimento não é de uma postura antirreligiosa, porém o livre-arbítrio que Deus proporciona no trajeto de suas vidas de forma individual.

O outro estilo estudado por ele seria a delegação (*deferring*), nesse a pessoa espera passivamente que Deus aja e resolva todas as suas inquietações, tranferindo a Deus toda a responsabilidade. E no estilo colaboração (*collaborative*), Deus e o

indivíduo são ativos, existe uma corresponsabilidade mútua e um auxilia o outro na resolução das aflições.

Posteriormente, Pargament (1997) considerou existir outras formas de abordagens religiosas no tocante a controle/responsabilidade na resolução de problemas, ressaltando um novo estilo de CRE, a súplica (*pleading* ou *petitionary*), onde a pessoa tenta ativamente direcionar a vontade de Deus através de orações, rogos, súplicas para que Ele possa intervir.

Outro estilo que podemos adicionar é a renúncia (*surrender*), proposto por Wong-McDonald e Gorsuch (2000), baseado nos estudos anteriores de Pargament; nesta abordagem o indivíduo submete-se a renunciar à sua vontade, para deixar que apenas a vontade de Deus seja exaltada.

O CRE pode ser caracterizado como positivo ou negativo; quando positivo (CREP) agrega formas que vão proporcionar ao indivíduo efeitos benéficos, como buscar uma maior conexão com forças transcendentes, ou também se conectar mais com Deus com intuito de maior amor/proteção. O CRE negativo (CREN) aborda maneiras que levam a consequências desvantajosas, onde podemos citar que o efeito de algo estar ocorrendo de maneira errada é devido a uma punição divina (ARRIEIRA et. al; 2018).

A partir de uma pesquisa realizada no Brasil referente ao enfrentamento/*coping*, ela afirma que a religião é visualizada como indutora na produção de enfrentamento, e pode possibilitar três formas de relação com a religião, onde esse surge como uma possibilidade para religião, ou também como mola propulsora para religião, onde Deus é caracterizado como a ampliação do pai e como consequência da relação interpessoal (PAGLIUSO, BARRIÃO; 2012).

Panzini (2004) propôs outra classificação referente às formas positiva e negativa do estilo da súplica, pois na análise fatorial sugere-se que alguns itens carregam dimensão negativa e outros positiva, e para diferenciar tudo se baseia na forma ou maneira da súplica: se o indivíduo pede pelo apoio divino tentando alterar o desejo de Deus de acordo com sua vontade, seria CRE negativo; se pede ou suplica pelo apoio de Deus, porém respeita sua vontade não levando em conta o desejo individual, se configuraria então em CRE positivo.

Outra classificação utilizada, e que também consegue delimitar as maneiras ou formas de enfrentamento, pode ser voltada para a maneira de condução: ou para o

problema, ou para a emoção. Quando voltada para o problema, se caracteriza pelo manejo ou condução para situação estressora (externamente), com o intuito de amenizar a situação; já aquela voltada para a emoção tem como intuito a regulação da emoção (internamente), a partir de atitudes de esquivamento (PANZINI; BANDEIRA, 2007).

É muito importante entender que a maneira como os indivíduos enfrentam os problemas ou situações ameaçadoras pode afetar tanto o seu convívio social como tudo que está à sua volta e o seu próprio desenvolvimento pessoal. Logo, as características inerentes à pessoa, individuais e particulares, agregadas ao contexto cultural, histórico e social, vão influenciar de maneira particular essas estratégias, caracterizando o tipo de enfrentamento como algo de cunho processual (OGDEN, 2007).

É necessário também dar ao *coping* religioso/espiritual um lugar natural no tratamento, pesquisa e avaliação. Pois precisamos adicionar os pensamentos da Psicologia Positiva do CRE como parte-padrão de qualquer roteiro avaliativo de saúde mental, avaliando a efetividade das práticas de CRE realizadas e como estas acabam modificando no decorrer as crises no tratamento clínico-psicoterápico ou em situações de descompensação ou agravamento dos sintomas (PANZINI, 2004).

2.3 Religiosidade e Espiritualidade nos eventos cardiovasculares

Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morte em homens e mulheres em todo o mundo, e também uma grande causa de incapacidade.

Religião e espiritualidade (R/E) são usadas como mecanismos de adaptação e enfrentamento quando indivíduos encaram situações ameaçadoras à vida, como um evento cardíaco. Embora suas propriedades biológicas e sua relação com os processos emocionais e psicológicos sejam mais bem entendidas atualmente, ainda há dúvidas quanto à relação entre R/E e as DCV.

Como já foi visto, as Doenças Cardiovasculares constituem uma das principais causas de morte no Brasil e no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de mortes por doenças cardiovasculares cresceu em mais de 2 milhões desde o ano 2000 para cerca de 9 milhões em 2019 (OMS, 2020). No Brasil, de 2004 a 2016, 8,80% do total de óbitos registrados tiveram como causa as

doenças isquêmicas do coração, onde podemos citar a Doença Arterial Coronariana (DAC) que abrange as Síndromes Coronarianas Agudas (LIMA et al; 2018).

Segundo Lima e outros autores (2018), o número crescente desses agravos constitui um problema expressivo de saúde pública. As Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) podem ser compreendidas como um desajuste entre o que é ofertado e o consumo de oxigênio podendo resultar em necrose miocárdica se não houver intervenção imediata. A principal etiologia das SCA deve-se à rotura de uma placa aterosclerótica, seguida pela formação de trombose que pode resultar em uma oclusão parcial ou total de uma artéria coronária (CHAUDHURY et. al; 2016).

Para indentificar a etiologias de algumas doenças cardiovasculares como a Doença Arterial Coronarina, realiza-se o exame de cineangiocoronariografia (cateterismo cardíaco), para subsidiar o diagnóstico e tratamento dos pacientes. Este, além de fornecer informações prognósticas que permitem o planejamento terapêutico adequado, também é uma intervenção menos invasiva e de menor custo, quando comparado a intervenções cirúrgicas (MERTINS; 2016).

Devido ao simbolismo do coração como órgão gerador da vida, associado às incertezas e dúvidas a respeito do exame, ocorre a exacerbação de sentimentos como ansiedade, preocupações e estresse nos pacientes no período pré-procedimento. Neste sentido, entender as relações e como a religiosidade e espiritualidade se envolvem nesse processo é fundamental (GALLO; LAURENTI, 2014).

Um estudo realizado com pacientes com doenças cardiovasculares em relação à religiosidade verificou que aqueles que frequentavam mais os serviços religiosos tinham menor mortalidade geral (LIMA et al, 2018). Hummer *et al.* (1999) mostraram aumento de sobrevida por eventos cardiovasculares mediados por comportamentos saudáveis em relação à saúde, e considerou as práticas religiosas com este efeito. Já Feinstein e outros autores (2010) não encontraram essa relação abordada.

Em relação a estudos com pacientes hipertensos temos resultados significativos. Quanto uma subdivisão do estudo NHANES III (*Third National Health and Nutrition Examination Survey*) que avaliou 14.475 americanos e constatou que os pacientes que tinham maior frequência em serviços religiosos tinham uma menor prevalência de hipertensão e níveis pressóricos menores, mesmo após controle para outras variáveis.

Em semelhança, Koenig e colaboradores (2003) investigaram 3.963 idosos. Destes, os idosos que frequentavam serviços religiosos, tinham o hábito de rezar ou ler com regularidade alguma literatura religiosa possuíam 40% menos possibilidade de ter hipertensão arterial diastólica. Essas descobertas fazem nascer o interesse em estudar essa associação relacionado com a reatividade pressórica e *allostatic load* (desregulação de sistemas).

Já um estudo feito com pacientes submetidos a cirurgias cardíacas também pode ser mencionado nesta associação. Cita-se que a R/E respondida pelos pacientes demonstrou associação à menor estresse psicológico, depressão, ansiedade e complicações no pós-operatório (SCHLEDER et. al; 2013). Em relação à doença coronariana, um estudo mostrou que aqueles que possuem maiores níveis de bem-estar espiritual evoluem com menor progressão da doença (LAI, et al; 2017).

Lutgenford e colaboradores (2004) apontam que o estadiamento de fatores como o estresse apresenta menores níveis de cortisol, proteína –C reativa, fibrinogênio e citocinas, perceberam que existe uma forte relação da frequência religiosa e da execução de suas práticas com mortalidade, medidas pela interleucina-6.

Ao realizarem uma revisão de literatura, Forti, Serbena e Scaduto (2018), revelaram que a maioria dos estudos mostra relações inconclusivas ou inexistência de relação entre religiosidade/espiritualidade com os desfechos cardiovasculares, tendo como possíveis razões amostras pequenas, populações específicas, a não padronização nas medidas de religiosidade.

Outros estudos abordaram correlações negativas da religião, que foram identificadas por profissionais da área da saúde, como exemplos a sensação de abandono ou efeito punitivo por parte de Deus. (ESPERANDIO; AUGUST, 2017). Segundo, Esperandio e August (2017), a prática da religiosidade pode ser associada à maior estresse, depressão e mortalidade, refletindo em aspectos negativos na saúde dos indivíduos (ZANGARI, MACHADO; 2018).

Na prática clínica, é imprescindível que os profissionais de saúde conheçam a dimensão espiritual do paciente ao planejar o cuidado individual para o cliente, visto que, ao ser utilizada como modo de enfrentamento, a espiritualidade associada a religiosidade ocupa lugar de destaque na vida das pessoas, sendo uma alternativa de enfrentamento.

Inserido neste contexto, o indivíduo que irá se submeter ao procedimento pode desencadear uma série de sentimentos, dentre eles a insegurança associada à força da simbologia do coração representada para este indivíduo cardiopata (DUTRA et al; 2016).

Freitas (2017) aborda que a condição de enfermidade traz ao indivíduo a sensação de perda do controle, dependência, incapacidade e insegurança. A dificuldade para manter sua independência e privacidade desprioriza o doente hospitalizado. Sabendo disso, é esperado que praticamente todos os pacientes fiquem apreensivos no período pré-cateterismo.

Para Murray (2016), assim como emoções e episódios estressantes afetam o coração, as alterações na função cardíaca também podem desencadear alterações na psique. Estudos demonstraram que pacientes com doença cardíaca prestes a serem submetidos a procedimentos invasivos apresentam elevada prevalência de ansiedade, medo e até mesmo depressão.

Praticamente todos ficam apreensivos no período pré-cateterismo, devido à complexidade e ao risco do procedimento, além da possibilidade de serem submetidos à intervenção cirúrgica. Essa mistura de sensações gerada pela dúvida e falta de esclarecimento requer a atuação da equipe de saúde como mediadores entre a objetividade da técnica, tecnológica e a subjetividade humana (MURRAY, 2016).

2.4 Ansiedade e Depressão e os eventos cardiovasculares

Com base na 5ª edição do Manual Diagnóstica e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5) de 2014 da Associação Americana de Psiquiatria, os Transtornos de Ansiedade são aqueles em que visualizamos o compartilhamento de características como medo e preocupação excessivos, além de perturbações relacionadas ao comportamento. Podemos dividir os sintomas em: sintomas subjetivos, que se referem à percepção de sensações desconfortáveis como inquietação, angústia, preocupações excessivas, pavor ou medo; e sintomas físicos que estão associados às sensações no corpo como palpitação, aperto no peito, náusea, falta de ar, cólica abdominal, tontura, transpiração excessiva, calafrios, tremores ou formigamentos.

Já a depressão, segundo o DSM-5 (2014), se refere a um transtorno comum que desencadeia humor deprimido e/ou perda quase completa do prazer, desejo ou interesse na realização de atividades que até outrora eram extremamente apreciadas,

desencadeando posteriormente manifestações somáticas (p. ex., alteração de peso, distúrbios do sono) e cognitivas (p. ex., dificuldade de concentração), que são comuns.

Tanto os transtornos de ansiedade quanto os transtornos depressivos são afecções neuropsiquiátricas muito comuns que estão normalmente associadas a doenças crônicas, dor, perda de autonomia, e conseqüentemente dependência para realização de atividades rotineiras, solidão e problemas nos relacionamentos interpessoais. Existe também uma correlação com fatores de risco biológicos, sendo eles comprometimento cognitivo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), limitações funcionais, doenças crônicas, autopercepção negativa da saúde, tabagismo e etilismo, e uso de medicações (DASKALOPOULOU; 2016).

Aliado a isso, os pacientes com transtornos mentais associados acabam tendo um prognóstico de cronicidade pior da doença e conseqüentemente um comprometimento funcional maior, e com isso uma maior probabilidade de desencadear Doenças Cardiovasculares (DCVs) e outras condições advindas desses agravos. Por isso, tais transtornos se equiparam a fatores de risco comumente reconhecidos, e de estarem relacionados ao declínio cognitivo, aumentando com isso a possibilidade de mortalidade.

No estudo de Sardinha *et al.* (2013) eles abordam uma alta prevalência de um ou mais transtornos psiquiátricos em pacientes com DAC (depressão, agorafobia, fobia social). Esses dados nos mostram a importância de compreender as consequências da presença de transtornos psiquiátricos entre pacientes cardiopatas (LEMOUNT, 2019). Além disso, foi observado também que o diagnóstico psicológico feitos nos pacientes com DAC, no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, tem que a ansiedade é o mais comum. Perceber e identificar como o paciente enfrenta e lida com essas situações é um aspecto importante para os profissionais que o auxiliam.

A relação existente entre ansiedade e DAC não aparece tão compreendida e estudada como na depressão. Porém, na conjuntura atual, já podemos estabelecer uma incidência crescente de eventos cardiovasculares em indivíduos portadores desse transtorno (GALLI *et al.*, 2015). Em uma meta-análise, com 20 estudos prospectivos foi evidenciado que indivíduos com ansiedade generalizada possuíam risco aumentado de DAC e de morte por causa cardiovascular, fato que independia

das variáveis demográficas, fatores de risco biológicos e comportamentos de saúde (TULLY et al, 2017).

Pode-se citar também um estudo prospectivo que associou a ansiedade ao aumento da incidência de DAC. Este estudo com quase 50.000 homens entrevistados e diagnosticados para ansiedade mostrou que o diagnóstico de qualquer transtorno de ansiedade tinha uma forte ligação à DAC e ao IAM durante 37 anos de seguimento (ROEST et al, 2012).

Segundo estudo de Toukhsati (2017) e colaboradores, a depressão é significativamente mais expressiva em pacientes com DCV do que nas pessoas em geral. Essa maior prevalência é associada de modo secundário à doença como um transtorno de adaptação, sendo que os sintomas desaparecem espontaneamente na grande maioria dos pacientes. No entanto, cerca de 15% deles acabam desenvolvendo um transtorno depressivo maior, que é marcador de risco independente de aumento da morbidade e mortalidade.

Nesta abordagem o transtorno depressivo maior é o mais prevalente, afetando cerca de 350 milhões de pessoas no mundo, em todo o perfil etário e em todos os gêneros, e está atrelado a um risco alto de recaída, que atinge cerca de 50% após o primeiro episódio depressivo e até 80% após dois episódios. Ainda nessa mesma ideia, a distímia (ou depressão persistente) incide em 19,9% de pessoas no mundo (BACHMANN, 2018).

Bachmann (2018) fala ainda que é válido ressaltar que tais pacientes podem ter suas comorbidades mais agravadas ou pouco controladas pela maior resistência ao uso de medicações diárias e/ou ao tratamento da própria depressão. Caso não haja o tratamento adequado, maiores são as taxas de incapacidade e de mortalidade, ocasionado tanto por problemas físicos quanto psíquicos.

A DAC frequentemente pode estar associada com transtornos depressivos. Possivelmente essa associação não reflete apenas uma ocorrência aleatória de duas patologias independentes com alta prevalência. Juntamente com esses dados, temos que algumas populações deprimidas têm risco aumentado de DCV e apresentam risco de morte três vezes maior do que aquelas que não possuem estado deprimido (LASSERE et al, 2016).

Mascarenhas e seus colaboradores perceberam que pacientes deprimidos tinham risco 1,6 vezes maior que pacientes não deprimidos de apresentar evento

cardíaco nos primeiros 24 meses após o diagnóstico de DAC e são expressivamente mais sujeitos a morrer no ano seguinte ao diagnóstico (MASCARENHAS et. al; 2014).

As questões epidemiológicas agregam suporte à existência de correlação entre a depressão e o crescimento da mortalidade e eventos cardiovasculares, gerando um aumento de seis vezes na mortalidade, mesmo quando se trata de pacientes assintomáticos, visto que seus fatores de risco, normalmente, são semelhantes aos das DCVs (MESSERLI-BÜRGY, 2015).

2.6 Bem-Estar subjetivo e os aspectos de saúde

Históricamente, o bem-estar subjetivo é pauta de discussões e de estudos desde tempos remotos e, a partir disso, entender o que ele significa é extremamente importante. O bem-estar subjetivo está ligado inteiramente ao estado de felicidade atrelado aos aspectos que a promovem ou interferem de modo particular na vida das pessoas, ressaltando aquilo que a vida pode ter de bom e afastando aquilo tido como negativo (SELIGMAN, 2009).

O bem-estar subjetivo não pode ser considerado unitariamente. Ele representa diversas faces que devem ser julgadas por meio de avaliações globais, relatos passageiros de humor, aspectos fisiológicos, expressões emocionais e memórias (Diener et al., 1999). Ainda nesse contexto, Diener *et al.* (1999) afirmam que a satisfação é o elo norteador do bem-estar e que, para atingi-la, é necessário um nível de aspirações, motivadas pelas situações passadas, comparações com os outros, os valores inerentes as pessoas, dentre outros fatores.

Motivado a se inteirar desse contexto, Gasper (2005) afirma que há duas vertentes diferentes ligadas ao conhecimento do bem-estar, uma ligada ao Bem-Estar Subjetivo e outra para o Bem-Estar Objetivo. Quando abordamos o primeiro temos como “subjetivo”, pois ele analisa a percepção do indivíduo, e mostra o modo como as pessoas avaliam suas próprias vidas, ressaltando como elementos afetivos e cognitivos. Já no outro tipo abordamos que o Bem-Estar Objetivo se ampara no emaranhado de ações que esse indivíduo considera primordial para viver, como exemplo temos os proventos, habitação, aspectos da saúde, renda, educação e alimentação em geral.

Nos estudos realizados por Pavot e Diner (2004), estes definem “bem-estar subjetivo” como “uma categoria ampla de fenômenos que inclui respostas emocionais das pessoas, satisfações de domínio, e os julgamentos globais de satisfação com a vida”. E cita ainda que os componentes afetivos do “bem-estar” (que estão representados pelo humor e emoções) incluem os Afetos Positivos (AP) e os Afetos Negativos (AN).

Tratando desses componentes, cita-se que “o componente cognitivo do bem-estar representa os juízos de valor sobre a qualidade da vida”. Esses julgamentos são em sua grande maioria relacionados com a Satisfação com a Vida ou os domínios focados em avaliações de análises específicas de cada um, dos quais se enquadram, por exemplo: as responsabilidades financeiras, o relacionamento, ou atividades prazerosas (PAVOT; DINER, 2004).

Os autores Castellaci e Tveito (2018) realizaram estudos empíricos com foco na abordagem do Bem-Estar Subjetivo, a priori, esses estudos se propõem a investigar dois aspectos diferentes dos indivíduos. O primeiro está ligado às emoções, atrelado a felicidade vivida e todos os sentimentos de curto prazo de prazer, ou seja, a intensidade e frequência das vivências de alegria, tristeza, fascínio, raiva, ansiedade e afeto que podem levar a vida a se tornar mais agradável ou também mais desagradável.

Inserido nesse contexto, o segundo por sua vez está ligado a uma perspectiva de avaliação, focado na autoavaliação de longo prazo com os aspectos referentes à satisfação com a vida (Castellaci&Tveito, 2018). Para Guillemín *et al.* (2016), não há um conceito padrão para bem-estar, sobretudo, existe um consenso que perpassa as diversas explicações existentes: todas elas corroboram que o bem-estar é um conceito com muitas dimensões e muito complexo, que tem associação aos estágios psicológicos e somáticos que vão refletir nos aspectos físicos, sociais, emocionais, intelectuais e espirituais.

Motivados por esses conceitos surgiu dentro da Psicologia, uma vertente que se denomina Psicologia Positiva. Esta tem como intuito estudar as potencialidades, realizações humanas e suas motivações (BARROS *et al.*, 2010), características positivas individuais (forças e virtudes, por exemplo), experiências positivas (emoções positivas) e instituições positivas, estudando instituições que se norteiam no

funcionamento, no êxito, e no potencial dos indivíduos para se desenvolverem (Seligman, 2009).

Ainda para Seligman (2009), o fato de a Psicologia Positiva ter como direcionamento o bem-estar e o ótimo funcionamento do indivíduo, ela possui estreita relação com a promoção e prevenção da saúde, pois, quando se promove bem-estar, consequentemente está se promovendo a saúde e, a partir disso, prevenindo o surgimento de doenças e os sofrimentos atrelados a elas.

Nesse contexto, pode-se ressaltar que os indivíduos querem bem mais do que redimir suas fraquezas e limitações, querem uma vida repleta de significados dia após dia, no decorrer de suas vidas (OLIVEIRA et al, 2016). Assim, percebe-se um interesse cada vez maior em entender como o bom funcionamento do corpo reflete em atitudes positivas para as pessoas, e com isso o bem-estar subjetivo se aloja nesse contexto como força de estudos para o entendimento da saúde (ARES et al, 2016).

Afirma-se, então, que os eventos negativos da vida são caracterizados por “mudanças discretas, observadas minuciosamente em cada contexto” (GALINHA, 2010). Tais mudanças tornam-se uma ameaça, pois, segundo a pesquisadora, forçam a uma “necessidade de ajustamento na identidade ou nas rotinas diárias”, na proporção em que passam a não serem considerados aspectos contraditórios do cotidiano.

Trazendo o pensamento de Giacomoni (2004), aborda que os eventos vitais favoráveis “predizem modestamente aumentos de bem-estar subjetivo” e os contrários “predizem diminuição no bem-estar subjetivo”. Ela ainda afirma que os “indivíduos felizes, ou que tiveram mais experiências de felicidade, acabam lembrando mais eventos positivos e menos negativos, isso se deve ao fato de que a frequência com que eles experienciam esses eventos é maior.”

Logo, como já estudado em relação aos aspectos envolvidos no enfrentamento das condições associadas a patologias do sistema cardiovascular, o conceito de bem-estar subjetivo tem sido fortemente ligado a essa temática como forma de melhor compreensão acerca de como lidar de forma positiva com essa situação, e neste estudo tentou-se compreender essa associação.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre religiosidade e espiritualidade, *coping* religioso-espiritual, ansiedade, depressão, e bem-estar subjetivo em pacientes com Doença Arterial Coronariana.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever características sociodemográficas e clínicas dos pacientes;
- Conhecer a prevalência de ansiedade e depressão, bem como o bem-estar subjetivo dos pacientes com Doença Arterial Coronariana
- Investigar ansiedade, depressão e bem-estar subjetivo e sua associação com a Doença Arterial Coronariana;
- Associar o enfrentamento espiritual e religioso de pacientes submetidos a cateterismo cardíaco e o diagnóstico de Doença Arterial Coronariana;
- Descrever as características da Religiosidade e Espiritualidade dos pacientes do estudo

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Este trabalho é caracterizado como um estudo analítico, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário/Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) na cidade de São Luís (MA), no setor de Hemodinâmica.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA não só é um órgão da Administração Pública Federal que tem por finalidade englobar assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, como também é um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação - MEC e Ministério da Saúde - MS de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004.

Sendo um Hospital de referência estadual para os procedimentos de alta complexidade, desenvolve também procedimentos de média complexidade e alguns programas estratégicos de atenção básica integradas à rede do Sistema Único de Saúde - SUS.

4.3 Período do estudo

O período de realização do estudo foi de março 2019 a agosto de 2019 no setor de Hemodinâmica do HUUFMA, onde são realizados todos os exames de cateterismo cardíaco do hospital, com agendamento do exame previamente e realizados de maneira eletiva na unidade.

4.4 População e amostra

A população do estudo se deu a partir dos pacientes que se submeteram ao exame de cineangiocoronariografia para diagnóstico de DAC, representando no período estabelecido um total de aproximadamente 400 pacientes. Após aplicação do

cálculo amostral e implementação dos critérios de inclusão e exclusão e os que não concordaram em participar da pesquisa, restou o total de 148 pacientes. Foi considerando nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, e utilizado a seguinte fórmula para o cálculo amostral:

$$\text{O tamanho da amostra é dado por: } n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot N - 1} + e^2 \cdot N - 1$$

Onde:

n: amostra calculada;

N: população;

Z: variável normal;

p: real probabilidade do evento;

e: erro amostral;

4.5 Critérios de inclusão e não inclusão

Foram convidados para participar da pesquisa os pacientes que se submeteram ao exame de cateterismo cardíaco para diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC), de ambos os sexos. A escolha dos pacientes se deu por conveniência, conforme eram sendo identificados os pacientes que iriam realizar o procedimento no setor de Hemodinâmica do hospital conforme agendamento eletivo.

Os participantes deveriam ter idade a partir de 18 anos. Além disso, para participar, não poderiam apresentar qualquer um dos critérios listados a seguir:

- a) Doença crônica que dificulte sua participação ou expectativa de vida (ex. câncer, Alzheimer, acidente vascular encefálico, demência, transtornos cognitivos, entre outras);
- b) Com outros transtornos psiquiátricos que venham impedir a compreensão e a comunicação durante a entrevista, e aquelas que não concordaram em assinar o termo de consentimento ou (APÊNDICE A).
- c) Participação em outras pesquisas semelhantes nos últimos seis meses.

Quanto ao diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC), foi considerado portador da patologia aqueles pacientes com diagnósticos de lesão grave ou

moderada a partir do resultado do exame com lesão acima de 50%, e os que tiveram comprometimento leve (ou nenhum comprometimento), porcentagem inferior a 50% de comprometimento, após a realização do exame foram considerados saudáveis ou não portadores de Doença Arterial Coronariana.

4.6 Coletas de dados

Esta pesquisa foi encaminhada previamente para a análise do Comitê de Ética através da Plataforma Brasil através do CAAE nº 04088118.2.0000.5086 (ANEXO A).

A coleta dos dados consistiu em uma entrevista com aplicação de instrumentos autoaplicáveis. Tal procedimento implicou no envolvimento dos pacientes em um período de aproximadamente 30 minutos, informação que foi fornecida aos pacientes antes de concordarem em participar do estudo. A coleta de dados foi realizada pelos profissionais após um *rapport* sobre a abordagem adequada do *coping* religioso/espiritual.

a) Questionário Sociodemográfico: Idade; cor da pele autodeclarada (branca, parda, preta, indígena e amarela); situação conjugal (solteiro e casado/união estável); ocupação; renda familiar segundo IBGE; escolaridade (1º, 2º e 3º graus completo ou incompleto); antecedentes pessoais e familiares clínicos; hábitos de vida: tabagismo, alcoolismo e obesidade (APÊNDICE A).

b) Índice de Religiosidade de Duke (DUREL): É uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenig e demais autores (1998), que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2007), descritas abaixo:

- Religiosidade Organizacional (RO, item 1): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.);
- Religiosidade Não Organizacional (RNO, item 2): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou radio etc.);
- Religiosidade Intrínseca (RI, itens 3-5): refere-se a busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo

do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos.

No que se refere ao cálculo do escore do instrumento, recomenda-se que os três domínios individuais não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente. As opções de resposta dos três últimos itens estão em escala do tipo *Likert*, foram derivados da escala de 10 itens de religiosidade intrínseca (Koenig et al., 1997). O DUREL é um instrumento sucinto e de fácil aplicação, que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizado em diversas culturas para esse fim (Moreira-Almeida, 2007).

As dimensões da religiosidade mensuradas por esse instrumento têm mostrado estar relacionadas a diversos indicadores de saúde física e mental, além de suporte social (KOENIG et al., 1997). Um grupo de pesquisadores traduziu a versão original da DUREL (P-DUREL) para uso no Brasil, Moreira-Almeida em 2007. Entretanto, a determinação da confiabilidade teste-reteste do instrumento e das possíveis relações com espiritualidade e sintomas de sofrimento psicológico não foi estudada (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2007), (ANEXO B).

c) A escala CRE-Breve (*Coping Religioso-Espiritual*): Esta escala foi validada no Brasil por Panzini (2005), em estudo transversal, que compreendeu duas fases: a primeira foi a tradução, adaptação e teste piloto; e, na segunda fase, o teste de campo que contou com uma amostra final de 616 participantes, de ambos os sexos e instituições religiosas de diversas crenças, esta foi validada com base na escala norte-americana RCOPE (*Religious Coping Scale*).

Após uma revisão nas análises, a dimensão de *Coping Religioso-Espiritual* positivo da escala CRE ficou com 66 itens distribuídos em oito fatores, deixando a escala com um conjunto de 87 itens, sendo que a sua versão abreviada é composta por 49 itens.

Quanto à escala CRE, sua instrução fornece os conceitos de *coping* religioso-espiritual e de estresse, pede a descrição breve da situação de maior estresse que a pessoa vivenciou nos últimos 3 anos e solicita que a pessoa responda o quanto fez — ou não — o que está escrito em cada item para lidar com a situação estressante.

As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1 – nem um pouco a 5 – muitíssimo). Esta escala é composta por questões que compreendem aspectos

negativos e positivos do uso da religiosidade/espiritualidade possibilitando, de acordo com as respostas, identificar a predominância de uma ou de outra. Apontam para a interação entre as medidas básicas, mostrando um perfil sobre o conjunto dos comportamentos realizados/avaliados.

A escala CRE versão abreviada possui 34 itens de *coping* positivos (questões 1, 2, 4-6, 8, 10, 12, 14 - 18, 20, 21, 24-27, 29-31, 34, 35, 36, 38-40, 42, 43, 45-47, 49). Os itens de *coping* negativos que compõem esta versão abreviada são as seguintes questões: 3, 7, 9, 11, 13, 19, 22, 23, 28, 32, 33, 37, 41, 44, 48, totalizando 15 itens. Os fatores que compõem os itens do *coping* positivo são sete: P1 - Transformação de si e/ou de sua vida; P2 - Ações em busca de ajuda espiritual; P3 - Oferta de ajuda ao outro; P4 - Posicionamento positivo frente a Deus; P5 - Busca pessoal de crescimento espiritual; P6 - Ações em busca do outro institucional; P7 - Busca pessoal de conhecimento espiritual.

Os fatores que compõem os itens negativos são quatro: N1 - Reavaliação negativa de Deus; N2 - Posicionamento negativo frente a Deus; N3 - Reavaliação negativa do significado; N4 - Insatisfação com o outro institucional.

Assim sendo, a escala CRE-Breve possui 49 itens divididos em duas dimensões: CRE positivo e CRE negativo. O CRE positivo é composto de 34 itens e sete fatores, enquanto o CRE negativo é composto de 15 itens e quatro fatores.

Para a análise dos participantes através da escala CRE foram criados índices a partir de análises fatoriais, da seguinte maneira: o CRE positivo é obtido através da média das 34 questões da Dimensão CREP, o CRE negativo obtido através da média das 15 questões da Dimensão CREN. O CRE Total: indica a quantidade total de CRE's praticado pelo avaliado, através da média entre o Índice CRE Positivo e a média das respostas invertidas aos itens CREN (CRE Negativo Invertido); a Razão CREN/CREP: revela a percentagem de CRE Negativo utilizado em relação ao CRE Positivo, através da divisão simples entre os índices básicos.

Em recente estudo, para validação da versão brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais, a escala foi aplicada considerando os seguintes dados para sua análise: resultados de 1 a 5 para utilização de CRE: 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)). Consistência interna alfa = 0,93 (CRE Positivo alfa = 0,95; CRE Negativo alfa = 0,79) e entre 0,60 e 0,89 para os fatores.

(PARGAMENT, KOENIG & PEREZ, 2000) (PANZINE E BANDEIRA, 2005) (ANEXO C)

d) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS): Esta escala foi traduzida e validada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995), visa detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. É constituída por 14 itens de múltipla escolha, dos quais sete são voltados para avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para depressão (HADS-D). Cada item pode ser pontuado de 0 a 3, atingindo-se máximo de 21 pontos em cada subescala.

Na presente pesquisa, adotaram-se os pontos de corte informados na literatura: escore indicativo de ansiedade igual ou maior que 8; e escore indicativo de depressão igual ou superior a 9. Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith, recomendados para ambas as subescalas:

- HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade maior que 9;
- HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão maior que, 9. (Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, e Mathias, 2007).

e) Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES): A escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) foi desenvolvida por Albuquerque e Troccoli (2004). Composta por duas subescalas: uma para afetos positivos com 21 itens e negativos com 26 itens (aflito, amável, entusiasmado e preocupado), e a segunda subescala avalia a dimensão da satisfação com a vida com 15 afirmações (“minha vida está ruim, gosto da minha vida”, “mudaria meu passado se pudesse” e “avalio minha vida de forma positiva”). Cada item é respondido em uma escala de Liket de 5 pontos (1- nem um pouco e 5 - extremamente). O escore total de cada subescala é obtido pela soma das respostas de cada item dividida pelo número total de itens da subescala. O ponto de corte é o valor 3 em um intervalo de 1 a 5 variando em uma escala qualitativa de Bem-Estar Subjetivo (MARQUES et al., 2009). (ANEXO G).

4.7 Análises estatísticas

Para caracterização da amostra foi feito um estudo estatístico descritivo analítico da amostra através das frequências absolutas (n) e relativas (%) e medianas, bem como foi usado o teste Shapiro-Wilk para verificar se os dados seguem em distribuição Normal. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas foi usado o teste Qui-Quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher. Verificou-se diferença entre as medianas pelo teste não-paramétrico U de Mann-Whitney para variáveis com duas categorias, e o teste H de Kruskal-Wallis para variáveis com três ou mais categorias. A relação entre os escores foi feita por meio da Correlação de Spearman. Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel* e analisados no *IBM Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

4.8 Aspectos éticos

Este estudo esteve em concordância da Declaração de *Helsinki* da Associação Médica Mundial (AMM) e seguiu as normas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HU-UFMA), parecer nº 3.256.111.

Os participantes, após tomarem ciência dos objetivos e procedimentos da pesquisa e que concordaram em participar do estudo, foram orientados sobre as etapas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice G).

5 RESULTADOS

5.2 – ASSOCIAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, BEM-ESTAR SUBJETIVO E DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA.

O periódico selecionado “Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health”. Possui Estrato B2 na sua classificação atualizada na WEBQUALIS da CAPES, na área de avaliação MEDICINA I (ISSN: 1745-0179).

José de Ribamar Medeiros **Lima Junior**¹, Thaynara Helena Ribeiro e Silva **Medeiros**², Francisca Bruna Arruda **Aragão**³, Érica Moreira Lima **Costa**⁴, Nalma Alexandra Rocha de **Carvalho**⁴, Ana Cláudia Garcia **Marques**⁴, Adrielly Haianny Coimbra **Feitosa**⁴, Josimary Lima da Silva **Lula**⁵, Camila Maria Pinheiro de Mello e **Silva**⁴, Priscila da Silva **Oliveira**⁴, Débora Luana Ribeiro **Pessoa**⁵, José de Albuquerque de Figueiredo **Neto**⁸

RESUMO

INTRODUÇÃO: Ansiedade e depressão são as condições psiquiátricas mais prevalentes no mundo, podendo estar associadas à Doença Arterial Coronariana.

¹Federal University of Maranhão (UFMA), Professor at the Nursing Department Federal University of Maranhão (UFMA); PhD student in the Graduate Program in Health Sciences; Vice-Coordinator of the UFMA Religiosity and Spirituality Research Group; São Luís, Maranhão, Brazil.

²Federal University of Maranhão (UFMA); Nutritionist; Member of the UFMA Religiosity and Spirituality Research Group; São Luís-Maranhão, Brazil.

³Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto - São Paulo, Brazil.

⁴Federal University of Maranhão (UFMA); Nurse; Member of the UFMA Religiosity and Spirituality Research Group; São Luís-Maranhão, Brazil.

⁵Federal University of Maranhão (UFMA); Psychologist; Member of the UFMA Religiosity and Spirituality Research Group; São Luís-Maranhão, Brazil.

⁶Federal University of Maranhão (UFMA); Professor of the Graduate Program in Health Sciences (doctorate); Professor of Medicine at UFMA; Cardiologist; Coordinator of the Research Group on Religiosity and Spirituality at UFMA São Luís-Maranhão, Brazil.

Correspondence: José de Ribamar Medeiros Lima Junior, Federal University of Maranhão (UFMA), Av. Dos Portugueses s/n - Bacanga, Integrated Building, Block III, CEP: 65080 -040, São Luís / MA, Brazil, Telephone: (+5598) 984630000, E-mail: limajunior00@gmail.com

OBJETIVO: Avaliar a associação entre ansiedade, depressão e bem-estar subjetivo com a Doença Arterial Coronariana (DAC).

MÉTODOS: Estudo analítico, transversal com abordagem quantitativa, com 148 pacientes submetidos à cineangiocoronariografia para diagnóstico de DAC. Utilizou-se Questionário Sócio-demográfico e de Avaliação em Saúde, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e a escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES). A análise estatística foi feita através das frequências absolutas (n) e relativas (%) e medianas, bem como, usado o teste Shapiro-Wilk e o teste Qui-Quadrado de Pearson, além do teste Exato de Fisher com nível de significância de 5%.

RESULTADOS: A prevalência de DAC foi de 58,78%. Quanto a HADS-A, 41,89% apresentaram ansiedade e 62,84% apresentaram depressão. Houve relação significativa entre a presença de Ansiedade e Depressão, porém sem associação com a DAC. Ao quantificar BES, identificou-se que mais da metade dos participantes apresentaram alto nível de BES. Quando se associou a DAC ao BES, obteve-se um p-valor igual a 0,398, demonstrando que, independente do diagnóstico de DAC, não houve associação entre o Bem-estar subjetivo (BES) e a Doença Arterial Coronariana.

CONCLUSÕES: Foi observada uma elevada prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes submetidos à avaliação para Doença Arterial Coronariana. Apesar de não se demonstrar uma associação significativa da DAC com a ansiedade e depressão e com o bem-estar subjetivo; constata-se que a elevada prevalência dessas condições determina a necessidade de identificação destes transtornos para o seu diagnóstico e tratamento precoce.

DESCRITORES: Ansiedade; Depressão; Promoção da Saúde; Doença da Artéria Coronariana.

INTRODUÇÃO

Ansiedade e depressão são relatadas como os transtornos psiquiátricos mais prevalentes em todo o mundo^{1,2}. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório divulgado em 2017, 5,8% da população mundial (cerca de 11,5 milhões de pessoas) vivem com depressão, e mais de 18,6 milhões de pessoas (9,3% da população) sofrem de distúrbios de ansiedade³.

Essas patologias são altamente prevalentes em indivíduos com Doença Arterial Coronariana (DAC) e com outras afecções cardiovasculares⁴. Elas são consideradas fatores de risco independentes para DAC, bem como têm um efeito negativo no curso de sua história natural⁵⁻⁶. Apesar da alta prevalência, esses transtornos psiquiátricos são subdiagnosticados nesta população.⁷

O diagnóstico precoce e o breve início do tratamento desses transtornos são eficazes para melhorar a qualidade de vida desses pacientes⁸.

As doenças cardiovasculares, incluindo a DAC, são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo⁹. Alguns estudos demonstram a necessidade de atenção para a crescente carga de doenças cardiovasculares e seus impactos na vida e saúde das pessoas. A prevalência relatada de DAC em pesquisas com adultos aumentou 4 vezes nos últimos 40 anos para um nível atual de cerca de 10%, sendo uma das principais causas de morte e invalidez em todo o mundo^{10,11}.

Cerca de 30% dos pacientes com DAC sofrem de sintomas depressivos, um terço dos pacientes com síndrome coronariana aguda sofre de ansiedade, e em 50% dos casos esses sintomas persistem por 1 ano³.

Tanto a depressão quanto a ansiedade estão associadas ao aumento da mortalidade cardiovascular, e o uso de antidepressivos associa-se a vários efeitos adversos, tais como: aumento da pressão arterial e infarto agudo do miocárdio, limitando o uso de medicamentos para essa finalidade em pacientes com DAC e impactando negativamente no cotidiano e qualidade de vida dessas pessoas⁹.

A presença da ansiedade e depressão nas doenças cardiovasculares, assim como a interação entre tais patologias, pode afetar os aspectos analisados na avaliação do Bem-Estar Subjetivo (BES)¹². O BES consiste na avaliação dos aspectos individuais do humor e compreende dois componentes fundamentais: o cognitivo e o afetivo¹³. O componente cognitivo agrega os aspectos racionais e intelectuais, como julgamentos que o indivíduo faz sobre sua própria vida^{14, 15}.

Já o componente afetivo diz respeito aos sentimentos agradáveis e desagradáveis resultantes de vivências imediatas, denominados de afetos positivos e negativos; respectivamente, nos afetos positivos encontram-se as emoções prazerosas, enquanto os afetos negativos se referem aos sentimentos ou emoções desagradáveis¹³.

Com isso, podemos dizer que o BES é mensurado positivamente, quando a pessoa se refere a altos níveis de satisfação com sua vida, alto níveis de emoções positivas e baixos níveis de emoções negativas¹⁵.

Em situações como as de enfrentamento de uma doença cardiovascular, os aspectos que envolvem a percepção dos estados de humor, comportamento, sensações, experiências, modo de lidar com as situações, leva a compreender como os aspectos do bem-estar subjetivo se agregam nesses conceitos¹⁴.

Assim, este trabalho objetivou avaliar a associação entre Doença Arterial Coronariana e a presença de depressão e ansiedade, bem como o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida desses pacientes.

MÉTODOS

Estudo analítico, exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, que foi realizado no setor de Hemodinâmica a do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) na cidade de São Luís (MA), de março a agosto de 2019.

O número total de indivíduos selecionados para o exame foi baseado no número de atendimentos que ocorrem por mês, atingindo um número aproximado de 400 pacientes no período desejado como população do estudo.

Após o cálculo, e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 148 pacientes foram incluídos na investigação. Os critérios de inclusão foram: realização de cateterismo cardíaco para diagnóstico da DAC eletivamente, compreensão breve acerca do objetivo do estudo, ambos os sexos e idade maior que 18 anos. Foram excluídos pacientes com alguma restrição física, diagnóstico de depressão ou distúrbio de ansiedade emitido por um psiquiatra antes do exame; uso de antidepressivos, benzodiazepínicos, neurolépticos e/ou estabilizadores; doença crônica¹⁶ que limite sua participação ou expectativa de vida (câncer, Alzheimer, acidente vascular encefálico, demência, transtornos cognitivos etc.).

Quanto ao diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC), foi considerado portador da patologia aqueles pacientes que após o exame tiveram como resultado lesão grave ou moderada da artéria coronária, já os que tiveram comprometimento

leve ou não apresentaram nenhum comprometimento após a realização do exame foram considerados saudáveis ou não portadores de Doença Arterial Coronariana.

A coleta dos dados foi realizada com instrumentos autoaplicáveis utilizando um questionário socioeconômico e demográfico, e dos aspectos relacionados à saúde dos pacientes; a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) do inglês *Hospital Anxiety and Depression Scale*² validada no Brasil por Panzini (2005), foi utilizada para determinar a sintomatologia da ansiedade e depressão.

A HADS contém 14 itens: sete para avaliar a ansiedade e sete para avaliar a depressão. O escore é interpretado de acordo com a seguinte variação: 0 a 7 (sem depressão ou distúrbio de ansiedade); 8 a 10 (depressão ou distúrbio de ansiedade leve); 11 a 14 (distúrbio moderado) e 15 a 21 (distúrbio grave). A especificidade da

subescala de ansiedade (HADS-A) é 0,78 e a sensibilidade é 0,9, enquanto a especificidade da subescala de depressão (HADS-D) é 0,79 e a sensibilidade é 0,83.

Foi utilizada também a escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), composta por duas subescalas: uma para afetos positivos com 21 itens e negativos com 26 itens, e a segunda subescala avalia a dimensão da satisfação com a vida com 15 afirmações (dentre elas: “minha vida está ruim”, “gosto da minha vida”, “mudaria meu passado se pudesse” e “avalio minha vida de forma positiva”). Cada item é respondido em uma escala de Likert de 5 pontos.

Para caracterizar a amostra, foi feito um estudo estatístico analítico descritivo da amostra através de frequências absolutas (n) e relativas (%) e medianas, bem como foi utilizado o teste Shapiro-Wilk para verificar se os dados seguiam uma distribuição Normal. O teste Qui-Quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre as variáveis qualitativas.

A diferença entre as medianas foi verificada pelo teste Mann-Whitney não paramétrico U para variáveis com duas categorias, e o teste Kruskal-Wallis H para variáveis com três ou mais categorias. A relação entre os escores foi feita por meio da Correlação de Spearman. Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel* e analisados no *IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0*. O nível de significância adotado foi de 5%. Esta pesquisa atendeu aos critérios estabelecidos para pesquisas com seres humanos e teve aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa, com número de CAAE: 04088118200005086 e parecer n. 3.256.111

RESULTADOS

Da amostra de 148 pacientes, demonstrou-se que 127 pacientes (85,81%) eram da capital São Luís, 54 pacientes (36,5%) eram idosos de acordo com a classificação de idoso para OMS, 80 pacientes (54,05%) eram do sexo feminino e 68 (45,95%) do sexo masculino, 49 pessoas possuíam ensino médio incompleto (33,11%). Com relação à renda mensal, 68 entrevistados (45,95%) se mantêm apenas com um salário mínimo; 67 pessoas (45,27%) eram casadas, enquanto 10 (6,76%) eram viúvos, conforme descritos na Tabela 1.

Em relação aos aspectos da saúde da amostra pesquisada, 87 (58,78%) dos pacientes que se submeteram ao exame de cateterismo cardíaco tiveram o diagnóstico de DAC após o laudo confirmatório fornecido pelo médico, a partir da obstrução visualizada na luz do vaso coronário pelo exame. Quanto à autoavaliação de sua saúde, 73 pessoas a consideram boa (49,32%), enquanto apenas 21 (14,19%) da amostra consideram sua saúde fraca, e 94 entrevistados se percebem saudáveis (63,51%). As comorbidades da grande maioria era hipertensão (45,27%), obesidade

(20,95%), diabetes (16,89%) e mais de uma comorbidades (16, 89%), conforme a Tabela 2.

Trazendo a explicação da Tabela 3, esta se classificou de três maneiras em: probabilidade, possibilidade e improbabilidade do indivíduo apresentar um desses níveis para ansiedade e depressão. De acordo com a variável de ansiedade, a HADS-A evidenciou que (2,70%) da amostra tem uma provável chance de ter ansiedade e (41,89%) tem a possibilidade de já estarem com quadro de ansiedade, já (55,41%) dos pacientes entrevistados é improvável que tenham ansiedade nessas condições. Já a subescala, HADS-D apresenta como resultados que (9,46%) tem provável quadro de depressão, seguido de (62,84%) tem a possibilidade de ter um quadro de depressão e (27,70%) seguem como impossível ter um quadro de depressão conforme as respostas obtidas pela escala conforme a Tabela 3.

Com relação à associação entre ansiedade e DAC com um $p\text{-valor}=0,917$, com base nos que não foram diagnosticados com DAC, um total de 54,10% são improváveis ter ansiedade, seguidos de 42,62% apresentam a possibilidade de terem ansiedade e apenas 3,28% podem ter uma provável ansiedade. Já os pacientes que foram diagnosticados com DAC 56,32% são improváveis ter ansiedade, sendo que 41,38% é possível e 2,30% provavelmente podem ter ansiedade, o que nos faz entender que a ansiedade não está relacionada com a Doença Arterial Coronariana (Tabela 4).

Em relação à depressão e a DAC, obteve-se um $p\text{-valor}=0,307$ pela escala utilizada. Evidenciou-se que 57,38% é improvável de ter depressão, seguido de 34,43% com possibilidade ter essa patologia, seguido de 8,20% que provavelmente pode ter quadros depressivos. Já os que têm DAC (22,99%) apontam ter

improbabilidade de apresentar depressão, enquanto 66,67% possivelmente podem ter depressão, e 10,34% provavelmente podem ter depressão (Tabela 4).

Quando se associa a DAC a EBES, obtém-se um p-valor igual a 0,398, assim 61 pacientes que não apresentavam DAC (62,30%) não apresentaram alterações no seu bem-estar, enquanto (37,70%), mesmo não tendo DAC, tiveram o seu bem-estar alterado frente aos questionamentos. Já os pacientes que tiveram o diagnóstico de DAC confirmado não tiveram alterações (68,97%) em seu bem-estar subjetivo mesmo com a doença, enquanto 31,03% tiveram alterações em seu bem-estar, mostrando que independente do diagnóstico da doença ou não, o bem-estar dos entrevistados não sofreu alterações no que diz respeito a essa variável (Tabela 5).

Ainda na Tabela 5, associação da variável DAC com a satisfação com a vida apresenta um p-valor de 0,312, demonstrando que, dos pacientes que não tiveram o diagnóstico de DAC (27,87%), 72,13% deles não estão satisfeitos com a vida. Já os que tiveram diagnóstico confirmado pela lesão coronária, (20,69%) apresentaram insatisfação com a vida, enquanto 79,31% estavam satisfeitos com sua vida, mostrando que nesta associação também não existe correlação entre o diagnóstico da doença e a satisfação com a vida.

A Tabela 6 mostra a matriz de correlação de Sperman dos escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Bem-Estar Subjetivo dos pacientes, onde percebeu-se uma relação positiva entre a ansiedade e a depressão, à medida que uma aumentava a outra também com um valor de 0,196. Outra correlação positiva importante verificada foi entre os afetos positivos e negativos; e em relação a satisfação com a vida obteve-se uma correlação negativa, quanto maiores os afetos negativos menor era a satisfação com a vida apresentada pelos pacientes.

DISCUSSÃO

Quando se trata de depressão existe literatura expressiva em pacientes com DAC, porém poucos estudos têm avaliado o papel da ansiedade frente a esses eventos. Estudos realizados mostram sintomas de ansiedade como preditivos de eventos cardíacos subsequentes, mortalidade e complicações hospitalares em pacientes com DAC, enquanto outros estudos não observaram essa associação¹⁸⁻²⁰.

Em uma pesquisa¹⁹ foi observado que os participantes com distúrbio de ansiedade generalizada (DAG) já existente apresentaram maior taxa de eventos cardiovasculares que os participantes sem DAG. Herrmann e colaboradores¹⁰ relataram correlação significativa entre doença da artéria coronariana e escores de ansiedade. No estudo¹⁶, foi utilizada a escala do IBA e as pessoas ansiosas foram determinadas de acordo com o valor do ponto de corte. Como resultado 45,4% dos pacientes foram identificados como tendo distúrbio de ansiedade.

Uma pesquisa realizada para avaliar a presença de ansiedade e depressão entre homens e mulheres após Infarto Agudo do Miocárdio determinou que 71,4% dos pacientes do sexo feminino e 60,4% dos pacientes do sexo masculino apresentavam sintomatologia concomitante de ansiedade e/ou depressão, porém o Infarto Agudo do Miocárdio não influenciou nas questões de ansiedade, levando a crer que a ansiedade apresentada independe de eventos cardiovasculares¹⁹.

Carvalho *et al.*²¹ utilizaram a mesma escala HADS e encontraram sintomas de depressão em (17,5%) dos pacientes adultos com doença cardiovascular e sintomas de ansiedade em (32,5%), e, entre estes, a maior prevalência de distúrbios mentais também foi associada ao sexo feminino.

Neste estudo²¹, identificou-se grande parte dos entrevistados apresentam uma possibilidade de terem depressão ou sintomas depressivos com base nas escalas utilizadas, o que pode ser explicado pelas altas taxas de depressão e suicídio que o país tem enfrentado nos últimos tempos. Uma meta-análise de 22 artigos realizada por Van Melle *et al.*²² concluiu que a depressão está associada a um aumento de duas vezes na taxa de mortalidade após evento cardiovascular.

Um estudo da *American Heart Association* (AHA), realizado por Lichtman²³, afirmou que a depressão é um fator de risco individual para eventos médicos adversos em pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA), e a depressão é um importante fator de risco que deve ser levado em consideração não apenas após a SCA, mas também antes da DAC. A prevalência de depressão em doentes que aguardam cirurgia cardíaca após diagnóstico de DAC tem sido estimada entre (27%) a (47%), segundo pesquisas mostram²³.

Em doentes submetidos à cirurgia de revascularização coronária, a presença de sintomas depressivos pré-cirúrgicos tem sido associada positivamente à depressão pós-cirúrgica, com persistência de dor e incapacidade para regressar às atividades de vida diária prévias, num período de seis meses após a cirurgia²⁴.

A depressão está associada ao risco para doenças cardiovasculares, independente dos fatores clássicos de risco, tanto para pacientes saudáveis, como para aqueles que apresentam DAC (Doença Arterial Coronariana). Entre os pacientes com DAC, o risco de mortalidade cardíaca é de duas a quatro vezes maior naqueles que apresentam depressão^{19,20}.

A presença de sintomatologia depressiva tem sido, também, associada a períodos de internamento mais prolongados, com elevadas taxas de readmissão

hospitalar aos seis meses e uma necessidade aumentada para a repetição de procedimentos cirúrgicos²⁰. Em relação ao bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida, (68,9%) não tiveram alterações com seu bem-estar sem significância, também com a presença ou não de DAC; e, quando se avaliou a satisfação com a vida, foi evidenciado que aproximadamente (80%) estão satisfeitos com a vida que levam, mesmo com a possibilidade de apresentarem eventos cardiovasculares. Nunes *et al.* (2009) relatam que o receio de complicações cardíacas e a não adesão ao tratamento podem interferir na diminuição do BES dos pacientes.

Em outro estudo²⁵ realizado com pacientes com DAC, em 2012 revelou-se que a qualidade de vida influenciou positivamente no bem-estar subjetivo dos pacientes, revelando grande relação.

CONCLUSÃO

No presente estudo não foi encontrado associação com a presença de Doença Arterial Coronariana e níveis de Ansiedade e Depressão, e também com o Bem-Estar e Satisfação com a vida, apesar de parte da amostra apresentar sintomas depressivos tivemos que os afetos negativos podem influenciar diretamente com os aspectos referentes à satisfação com a vida dos pacientes, podendo refletir futuramente em situações inesperadas. A realização de estudos pode ser feita com o intuito de compreender ainda mais como o bem-estar subjetivo e sua relação com afecções psiquiátricas podem influenciar no modo de vida de pacientes com doenças crônicas, incluindo as afecções cardiovasculares como a DAC, embasando ainda mais o conhecimento alcançado.

As limitações deste estudo consistem na ausência de um grupo controle, da realização de uma avaliação da saúde mental por um psiquiatra e o fato de não ser longitudinal e os pacientes não terem sido reavaliados várias vezes para determinar uma associação de longo prazo entre DAC, ansiedade e depressão.

CONTRIBUIÇÃO DO AUTOR

Os autores JRMLJ e JAFN contribuíram com todas as partes da pesquisa, incluindo a revisão da literatura, desenho do estudo, escolha dos programas estatísticos, análise de dados, preparação e revisão do manuscrito, os outros autores estiveram inseridos em partes específicas do estudo.

APROVAÇÃO ÉTICA E CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR

O estudo seguiu os princípios éticos na investigação com seres humanos de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética na Investigação da HU-UFMA, protocolo n. 3.256.111.

DIREITOS HUMANOS E ANIMAIS

Não utilizamos quaisquer animais nesta investigação. Todos os procedimentos foram seguidos de acordo com as normas éticas do Comitê de Ética na investigação com seres humanos e com a Declaração de Helsínque de 1975, revista em 2013.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores não relatam conflitos de interesse em relação à publicação deste artigo.

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAIS

Os dados que conduziram as conclusões do artigo estão disponíveis com o autor correspondente Lima Junior, JRM mediante solicitação prévia.

APOIO FINANCEIRO

Este estudo não teve qualquer apoio financeiro externo, ele faz parte da Tese de Doutorado de José de Ribamar Medeiros Lima Júnior, apresentada à Universidade Federal do Maranhão.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os inquiridos que gentilmente participaram no estudo, a todos os profissionais do sector que ajudaram a abordar os doentes, e àqueles que facilitaram diretamente ou facilitaram diretamente esta investigação.

REFERÊNCIAS

1. Chaudhury S, Saini R, Bakhla AK, Singh J. Depression and Anxiety following Coronary Artery Bypass Graft: Current Indian Scenario Suprakash. **CardiologyResearchandPractice**. 2016; 2345184:1-6.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F. et al. Interheart Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study. **Lancet**. 2004;364(9438):93752.

3. OMS, Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2017. Disponível em:
https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1. Acesso em: 23 abr. 2020.
4. Almeida OP. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **ArqNeuropsiquiatr**. 1998;56(3B):605-12.
5. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Lima AS, Santos JS, Souto HS. Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. **J Res Fundam Care Online**. 2016;8(2):4501-9.
6. Gomes ET, Bezerra SMMS. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Enfermagem Brasil**. 2018;17(3):273-278.
7. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F. et al. Interheart Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): casecontrol study. **Lancet**. 2004;364(9438):93752.
8. Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N, Volmink J. et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. **Psychosom Med**. 2000;62(2):2129.
9. Herrmann C, Brand Driehorst S, Buss U, Rüger U. Effects of anxiety and depression on 5year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. **J Psychosom Res**. 2000;48(45):45562.

10. Martens EJ, Jonge P, NB, Cohen BE, Lett H, Whooley MA. Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heartdisease: The Heart and Soul Study. **ArchGenPsychiatry**. 2015;67(7):7508.
11. Costa, FG. Bem-estar subjetivo, resiliência e representações sociais no contexto do diabetes mellitus. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa 2017.
12. Siqueira, MMM ;Padovam, VAR. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2008 24(2), 201-209.
13. Mehmet BK, Ebru S, Kazım SO, YigitC ,Barış G , Tolga O. et al. Ansiedade, Depressão e Distúrbios Psicológicos Gerais em Pacientes com Fluxo Coronariano Lento. **ArqBrasCardiol**. 2015; 105(4):362-370.
14. Aragão JA, Andrade LG, Neves OM, Aragão IC, Aragão FM, Reis FP. Ansiedade e depressão em pacientes com doença arterial periférica internados em hospital terciário. **J Vasc Bras**. 2019;18:e20190002.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975;12:189-98.
16. Lima, R. F. F., & Moraes, N. A. D. (2016). Caracterização qualitativa do bem-estar subjetivo de crianças e adolescentes em situação de rua. *Temas em Psicologia*, 24(1), 01-15. doi:10.9788/TP2016.1-01
17. Kooy KVD, Hout HV, Marwijk H, Marten H, Stehouwer C., Beekman A. Depression and therisk for cardiovascular diseases: Systematic

- review and meta analysis. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 2007;22(7): 613-26
18. Pranas S, Petras N, Laura L, Alvydas N, Ramunas A, Rokas S, Ausra D, Sigita G, Zaneta P, Robertas S. Gender-Based Differences in Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction. **Arq Bras Cardiol**. 2018;111(5):676-83
19. Carvalho IG, Bertolli ED, Paiva L, Rossi LA, Dantas RA, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. **Rev Lat Am Enf**. 2016;24:e2836.
20. Van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, van Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. **Psychosom Med**. 2004;66(6):814-22
21. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**. 2014;129(12):1350-69
22. Costa C, Sousa VT, Costa A, Reis C, Grangeia R, Coelho, R. Impacto dos fatores psicossociais na cirurgia cardíaca. **Acta Médica Portuguesa**, 2008;21(6)601-6.
23. Farias RC, Cruz ICF. Nursing care to patients submitted to cardiac surgery. **Journal of Especialized Nursing Care**. 2010; 3(2)1-9.

24. Erden I, CakcakErden E, Durmuş H, Tıbıllı H, Tabakçı M, Kalkan ME, et al. Association between restless leg syndrom and slow coronary flow. **Anadolu Kardiyol Derg.** 2014;14(7):612-6.
25. Gama, GliciaGleideGonçalves et al. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 12 [Acessado 27 Julho 2021] , pp. 3371-3383. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200022>>. Epub 13 Nov 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200022>.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e socioeconômico dos pacientes que se submeteram ao exame de cateterismo cardíaco para diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC) no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). São Luís, MA, Brasil 2019.

Variáveis	N	%
Cidade		
São Luís (capital)	127	85,8
Outra	21	14,2
Faixa etária		
Até 30 anos	23	15,5
De 31 a 40 anos	13	8,8
De 41 a 50 anos	26	17,6
De 51 a 60 anos	32	21,6
Mais de 60 anos	54	36,5
Sexo		
Feminino	80	54,1
Masculino	68	45,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental	31	20,9
Ensino Médio	62	41,9
Ensino Superior	43	29,1
Pós-graduação	12	8,1
Renda		
1 salário mínimo	68	45,9
2 a 3 salários mínimos	57	38,5
4 a 5 salários mínimos	13	8,8
6 a 10 salários mínimos	10	6,8
Estado civil		
Solteiro	37	25,0
Casado	67	45,3
Divorciado	24	16,2
Viúvo	10	6,8
Outros	10	6,8

Fonte: Autor (2021)

Tabela 2 – Aspectos da Saúde dos pacientes que se submeteram ao exame de cateterismo cardíaco no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). São Luís, MA, Brasil 2019.

Variáveis	n	%
Doença coronariana		
Sim	87	58,78
Não	61	41,22
Avaliação da Saúde		
Regular	35	23,6
Boa	73	49,3
Muito boa	19	12,8
Saudável ou Doente		
Saudável	92	63,0
Doente	54	37,0
Comorbidades		
Hipertensão	67	54,5
Diabetes	25	20,3
Obesidade	31	25,2
Hábitos modificáveis		
Não tabagista	24	17,1
Ex-tabagista	77	55,0
Acoolismo	28	20,0

Fonte: Autor (2021)

Tabela 3 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Bem-Estar Subjetivo dos pacientes submetidos ao exame no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). São Luís, MA, Brasil 2019.

Variáveis	N	%
HADS-A¹		
Provável	4	2,70
Possível	62	41,89
Improvável	82	55,41
HADS-D²		
Provável	14	9,46
Possível	41	27,70
Improvável	93	62,84
EBES		
Satisfação com a Vida		
Não	35	23,65
Sim	113	76,35
Afetos Positivos		
Não	91	61,49
Sim	57	38,51
Afetos Negativos		
Não	104	70,27
Sim	44	29,73
Total	148	100

¹Escala Hospitalar de Ansiedade

²Escala Hospitalar de Depressão

³Escala de Bem-Estar Subjetivo

Fonte: Autor (2021)

Tabela 4 – Associação entre a presença ou não de Doença Arterial Coronariana (DAC) e o grau de possibilidade de os pacientes apresentarem Ansiedade ou Depressão dos pacientes submetidos ao exame de cateterismo no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). São Luís, MA, Brasil 2019.

Variáveis	Ansiedade			
DAC	Improvável n (%)	Possível n (%)	Provável n (%)	Total n (%)
Não	33 (54,10)	26 (42,62)	2 (3,28)	61
Sim	49 (56,32)	36 (41,38)	2 (2,30)	87
Total	82 (55,41)	62 (41,89)	4 (2,70)	148
p-valor=0,917				
Variáveis	Depressão			
DAC	Improvável n (%)	Possível n (%)	Provável n (%)	Total n (%)
Não	35 (57,38)	21 (34,43)	5 (8,20)	61
Sim	58 (66,67)	20 (22,99)	9 (10,34)	87
Total	93 (62,84)	41(27,70)	14 (9,46)	148
p-valor=0,306				

Fonte: Autor (2021)

Tabela 5 – Associação entre a presença ou não de Doença Arterial Coronariana e o Bem-Estar Subjetivo e a Satisfação com a Vida de pacientes submetidos ao exame de cateterismo no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). São Luís, MA, Brasil. 2019.

Variáveis	Bem-Estar		
	Não n (%)	Sim n (%)	Total n (100%)
DAC			
Não	38 (62,30)	23(37,70)	61
Sim	60 (68,97)	27 (31,03)	87
Total	98 (66,22)	50 (33,78)	148
p-valor= 0,398			

Variáveis	Satisfação com a Vida		
	Improvável n (%)	Possível n (%)	Total n (100%)
DAC			
Não	17 (27,87)	44 (72,13)	61
Sim	18 (20,69)	69 (79,31)	87
Total	35 (23,65)	113 (76,35)	148
p-valor=0,312			

Fonte: Autor (2021)

Tabela 6 – Matriz de correlação de Sperman dos escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Escala de Bem-Estar Subjetivo dos pacientes submetidos ao exame de cateterismo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). São Luís, MA, Brasil 2019.

	HAD-A	HAD-D	Afetos positivos	Afetos negativos	Satisfação com a vida
HAD-A	1,000				
HAD-D	0,196*	1,000			
Afetos positivos	-0,059	-0,008	1,000		
Afetos negativos	-0,082	-0,013	0,201*	1,000	
Satisfação com a vida	0,014	0,043	0,101	-0,432**	1,000

*significativo ao nível de 0,05. **significativo ao nível de 0,01. Fonte: Autor

SUBMISSION DETAILS

BMS-CPEMH-2021-8

Submission Type:	Manuscript
Title:	ANXIETY, DEPRESSION AND SUBJECTIVE WELL-BEING ASSOCIATED WITH CORONARY ARTERY DISEASE
Abstract:	View Abstract
Submitted Date:	03-Mar-2021

Authors

S.No	First Name	Last Name	Field of Expertise
1	José	Junior	Doutorado em Ciências da Saúde
2	Thaynara	Medeiros	Nutrição e comportamento humano
3	Francisca	Aragão	Enfermagem
4	Érica	Costa	Enfermagem
5	Nalma	Carvalho	Enfermagem
6	Ana	Marques	Enfermagem
7	Adrielly	Feltosa	Enfermagem
8	Walna	Barros Ramos	Enfermagem
9	Josimary	Lula	Psicologia
10	Camila	Silva	Enfermagem
11	Priscilla	Oliveira	Mestrado em Ciências da Saúde
12	Débora	Pessoa	Farmacêutica
13	José	Neto	Doutorado em Ciências da Saúde

Manuscript Files

S.No	File Name	File Type	Added On
1	Article Anxiety e Depression CPEMH.docx	Manuscript	25-Mar-2021

Initial EIC Approval

Eic Decision	Start Date	End Date
APPROVED	03-Mar-2021	09-Mar-2021

QC Decision

QC Decision	Start Date	End Date
GREEN ZONE	25-Mar-2021	07-Apr-2021

Review Status

Review Status	Start Date	End Date
REVIEW START	07-Apr-2021	---

Enfrentamento espiritual e religioso frente ao diagnóstico de Doença Arterial Coronariana em um hospital universitário

O artigo científico a ser submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria.

O periódico selecionado “Revista Brasileira de Psiquiatria”. Possui Estrato B2, na sua classificação atualizada na WEBQUALIS da CAPES, na área de avaliação MEDICINA I (*Print* ISSN: 1516-4446 Versão on-line ISSN 1809-452X).

Fator de impacto: JCR 2440

José de Ribamar Medeiros Lima Junior¹

Thaynara Helena Ribeiro e Silva Medeiros²

Priscila da Silva Oliveira³

Erica Moreira Lima⁴

Josimary Lima da Silva Lula⁵

José de Albuquerque de Figueiredo Neto⁶

- 1- Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Discente Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (doutorado); Docente do Curso de Enfermagem na UFMA; Enfermeiro; Vice-Coordenador do Grupo de Pesquisa Religiosidade e Espiritualidade UFMA São Luís-Maranhão, Brasil;
- 2- Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Nutricionista; Integrante do Grupo de Pesquisa Religiosidade e Espiritualidade UFMA; São Luís-Maranhão, Brasil;
- 3- Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Enfermeira; Integrante do Grupo de Pesquisa Religiosidade e Espiritualidade UFMA; Residente multiprofissional em saúde HUUFMA; São Luís-Maranhão, Brasil;
- 4- Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Enfermeira; Integrante do Grupo de Pesquisa Religiosidade e Espiritualidade UFMA; São Luís-Maranhão, Brasil;
- 5- Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Psicóloga; Integrante do Grupo de Pesquisa Religiosidade e Espiritualidade UFMA; São Luís-Maranhão, Brasil;
- 6- Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (doutorado); Docente do Curso de Medicina na UFMA; Enfermeiro; Vice-Coordenador do Grupo de Pesquisa Religiosidade e Espiritualidade UFMA São Luís-Maranhão, Brasil.

Nome Completo: José de Ribamar Medeiros Lima Junior

Telefone: (+5598) 984630000 e-mail: limajr_17@hotmail.com

Avenida São Luís Rei de França S/N,

Torre Saint Dennis (Torre 2), Apartamento 902, Condomínio Ilê de France,

Jardim Eldorado- Turu; CEP: 65067205 / São Luís-MA (Brasil)

RESUMO

Objetivo: Avaliar a espiritualidade, religiosidade e o enfrentamento espiritual e religioso em pacientes com Doença Arterial Coronariana.

Métodos: Estudo analítico, transversal com abordagem quantitativa, que foi realizado no Hospital Universitário/Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) na cidade de São Luís (MA). O período de realização do estudo foi de março a agosto de 2019 no setor de Hemodinâmica do HUUFMA. A coleta de dados foi realizada usando os seguintes instrumentos: um questionário socioeconômico e demográfico, um questionário de avaliação da saúde, o Índice de Religiosidade de Duke e a escala CRE-Breve (Coping Religioso-Espiritual). Os dados foram tabulados pelo *Microsoft Office Excel 2010* e analisados pelo programa estatístico *Stata (12.0)*.

Resultados: Foram avaliados 148 pacientes; 80 pacientes (54,05%) eram do sexo feminino, a média de idade dos pacientes foi de 61-70 anos (22,97%). Quanto a religiosidade organizacional (RO), 30,41% participavam pelo menos uma vez por semana de atividades religiosas; 82,43% realizavam alguma atividade religiosa individual diariamente, e para a Religiosidade Não Organizacional (RNO) 90,54% dos pacientes tinham RI (Religiosidade intrínseca), onde a presença de Deus ou do Espírito Santo nas suas vidas era totalmente verdade. O índice de religiosidade e espiritualidade foi forte entre os entrevistados, mostrando que muitos têm uma forte vivência de fé. Quanto a escala CRE-Breve, referente aos *coping* positivos e negativos, encontramos CRE total 0,67 (0,43-1,08), um CRE negativo de 2,07 (1,2-2,93), e um CRE positivo de 3,13 (1,41- 3,7). Quando realizada a correlação entre religiosidade e Doença Arterial Coronariana, obtivemos que a presença ou ausência

da mesma também não interferiu no modo de Vivência da religiosidade, e tivemos associação com o CRE total e a Religiosidade intrínseca.

Conclusão: O estudo não apresentou correlação significativa com as variáveis estudadas, porém ressalta-se a contribuição do mesmo para a melhor compreensão e atenção às estratégias de abordagem multiprofissional e integrativa para auxílio no enfrentamento das doenças crônicas, subsidiando novas investigações e pesquisas envolvendo essas questões.

Palavras-Chaves: Espiritualidade; Religiosidade; Doença da Artéria Coronária;

INTRODUÇÃO

Quando evidenciamos as questões da religiosidade e espiritualidade, existem diversas abordagens a serem consideradas. A expressão religiosidade exacerba seu próprio significado, sendo difícil de ser definida, já que está presente em todos os tempos, nas mais variadas culturas, sob as mais diversas formas¹. A religiosidade tem a ver com as questões fundamentais do homem que dizem respeito à existência, à sua identidade e à relação com a vida e com a morte; são questões que dizem respeito ao transcendente, ao divino, ao sagrado².

Existem duas formas de religiosidade: a intrínseca e a extrínseca, sendo a primeira voltada para as vivências individuais da pessoa, e a outra subdividida em organizacional e não organizacional, sendo a organizacional vivenciada pela religiosidade em um espaço e uma estrutura física com práticas compartilhadas por outras pessoas, e a não organizacional onde as práticas religiosas não precisam ser compartilhadas com outras pessoas nem em um espaço físico comum^{3,4}.

Koenig² e Hufford³ definiram a espiritualidade como a busca pessoal pelo entendimento de respostas a questões sobre a vida, seu significado e relações com o sagrado e transcendente. A espiritualidade depende de três componentes: necessidade de encontrar significado, razão e preenchimento na vida/necessidade de esperança/vontade para viver; necessidade de ter fé em si mesmo, nos outros e em Deus^{4, 5,6}.

A Doença Arterial Coronariana (DAC), se destaca por ser, dentre as afecções cardiovasculares, uma das patologias de maior prevalência nesse cenário, levando inúmeras pessoas portadoras da doença a desencadear outros problemas crônicos e incapacitantes, e por vezes sem perspectiva de cura^{7,8}.

A possível associação de doenças cardíacas com aspectos da espiritualidade e religiosidade tem sido fortemente discutida nos últimos tempos, e a Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular atualiza a abordagem dos fatores de risco habituais e confronta novas necessidades e maneiras de lidar com esse problema⁹.

O *coping* quer dizer um conglomerado de estratégias, comportamentais e cognitivas, que são usufruídas com o intuito de melhor lidar com episódios estressores¹⁰. Nas doenças cardiovasculares, como a Doença Arterial Coronariana, esse tipo de estratégia têm sido fortemente visualizada. Sendo assim, quando são utilizadas estratégias religiosas com esse intuito, relata-se que está se recorrendo ao *coping* religioso^{11,12}.

A maneira como os indivíduos, utiliza a religiosidade e espiritualidade diante de situações estressoras é denominada de *Coping* Religioso Espiritual (CRE). A palavra *coping* não tem tradução literal para o português, mas algumas traduções citam a palavra como “enfrentamento”. Panzini traduziu e validou a escala CRE-

BreveBreve no Brasil com o intuito de investigar como essa relação pode influenciar no enfrentamento de situações estressoras⁸.

Esta pesquisa avaliou a religiosidade, espiritualidade, e o enfrentamento espiritual e religioso frente à Doença Arterial Coronariana.

Métodos

Este trabalho é caracterizado como um estudo analítico, transversal, com abordagem quantitativa, que foi realizado no Hospital Universitário/Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) na cidade de São Luís (MA), o período de realização do estudo foi de março a agosto de 2019.

População do estudo

A população em questão foi dos pacientes atendidos na Hemodinâmica do Hospital Universitário entre os meses de março a agosto, totalizando uma população aproximada de 400 clientes submetidos ao exame no período estabelecido. Após cálculo amostral e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restou um total de 148 pacientes que foram entrevistados por conveniência. Foram convidados para participar da pesquisa os clientes que se submeteram ao exame de cateterismo cardíaco para diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC). Os critérios de inclusão da pesquisa foram os seguintes:

1. Possuir total compreensão das instruções da pesquisa;
2. Idade maior que 18 anos;
3. Ambos os sexos;

Os critérios de exclusão foram:

1. Comprometimento cognitivo ou incapacidade física para completar a pesquisa;
2. Diagnóstico de depressão ou distúrbio de ansiedade antes do IM;
3. Uso de antidepressivos ou benzodiazepínicos antes do IM;
4. Doença crônica que limite sua participação ou expectativa de vida (ex. câncer, alzheimer, acidente vascular encefálico, demência, transtornos cognitivos, entre outras);
5. Recusa do paciente;
6. Participação em outro estudo como esse.

Os pacientes foram escolhidos conforme eram identificados aqueles que iriam realizar o procedimento agendamento prévio.

Quanto ao diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC), foi considerado portador da patologia aqueles pacientes com lesão obstrutiva maior que 50% em pelo menos uma artéria coronariana.

. O estudo seguiu os princípios éticos em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HU-UFMA), parecer nº 3.256.111. A coleta dos dados consistiu em uma entrevista com aplicação de instrumentos autoaplicáveis, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada usando os seguintes instrumentos: um questionário socioeconômico e demográfico, O Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) e uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenigetal.(1998), que

mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde, que são: Religiosidade Organizacional (RO, item 1): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); Religiosidade Não Organizacional (RNO, item 2): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou radio etc.); Religiosidade Intrínseca (RI, itens 3-5): refere-se a busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos.

No que se refere ao cálculo do escore do instrumento, recomenda-se que os três domínios individuais não sejam somados em um escore total, mas que sejam analisados separadamente. A escala CRE-Breve (Coping Religioso-Espiritual) foi validada no Brasil por Panzini (2005) em estudo transversal, que compreendeu duas fases: a tradução, adaptação e teste piloto; e na segunda fase: o teste de campo que contou com uma amostra final de 616 participantes, de ambos os sexos e instituições religiosas de diversas crenças, esta foi validada com base na escala norte-americana RCOPE (*Religious Coping Scale*). Quanto a escala CRE, sua instrução fornece os conceitos de *coping* religioso-espiritual e de estresse, pede a descrição breve da situação de maior estresse que a pessoa vivenciou nos últimos 3 anos e solicita que a pessoa responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com a situação estressante. Esta escala é composta por questões que compreendem aspectos negativos e positivos do uso da religiosidade/espiritualidade possibilitando, de acordo com as respostas, identificar a predominância de uma ou de

outra. Apontam para a interação entre as medidas básicas, mostrando um perfil sobre o conjunto dos comportamentos realizados/avaliados.

Análise Estatística

Os dados foram tabulados pelo *Microsoft Office Excel 2010* e analisados pelo programa estatístico *Stata (12.0)*. Realizaram-se análises descritivas, estimando-se medianas e desvios interquartílicos, frequências absolutas e relativas, além da prevalência de DAC. Verificou-se também normalidade das variáveis, por meio do teste de Shapiro-Wilk, histograma e *boxplot*. Nas análises multivariáveis fez-se uso de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, estimando-se razões de prevalências (RP) entre o desfecho e as variáveis independentes. Foram adotados intervalos de 95% de confiança (IC 95%) e o nível de significância foi fixado em 5%. Utilizou-se o programa estatístico *Stata*, versão 14.0, nas análises.

Resultados

Os resultados evidenciaram que 80 pacientes (54,05%) eram do sexo feminino. O extrato etário com maior incidência foi entre 61-70 anos (22,97%) com um intervalo de idade representada por 18-85 anos, 127 clientes (85,81%) é de São Luís (capital), o nível de escolaridade mostrou 49 pessoas com ensino médio incompleto (33,11%); 87 pacientes (58,78%) após o exame foram diagnosticados com Doença Arterial Coronariana (Tabela 1).

Quando analisados os aspectos relacionados à Religiosidade temos que, a grande maioria da amostra, 97,30% revelou acreditar em Deus; e quando questionados sobre o tempo que acredita em Deus teve a resposta “sempre” com

97,30%, demonstrando assim que todos que afirmaram acreditar em Deus, sempre acreditaram. Quanto à religião/crença teve-se que 48,65% são católicos; quando questionados quanto à mudança de religião ao longo da vida, 97,30% nunca mudaram de religião. Quanto à importância da religião na percepção dos pacientes entrevistados temos que 50% consideram muito importante; Já a importância da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento de situações estressantes, 82,31% consideram que tem ajudado muito (Tabela 2).

Em relação às respostas segundo a Escala de Religiosidade de DUKE, referente à Religiosidade Organizacional, quando perguntado: “Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?”, a grande maioria respondeu que frequenta uma vez por semana, totalizando 30,41%. Quanto a Religiosidade Não Organizacional foi perguntado: “Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?”, obtivemos como resposta mais frequente que fazem isso diariamente, totalizando 82,43%. Em se tratando da Religiosidade Intrínseca, foi questionado quanto a presença de Deus ou do Espírito Santo na vida dos entrevistados, e a grande maioria respondeu que isso era totalmente verdade para eles, totalizando 90,54% (Tabela 3).

Quanto à escala CRE-Breve, referente aos *coping* positivos e negativos, foi encontrado CRE total 0,67 (0,43-1,08), um CRE negativo de 2,07 (1,2-2,93), e um CRE positivo de 3,13 (1,41-3,7) (Tabela 4). A Tabela 5 faz uma correlação entre Doença Arterial Coronariana e os índices de Religiosidade e CRE avaliados na pesquisa, a partir da matriz de correlação de Sperman. Evidenciou-se que, quanto menor o CRE negativo e maior o CRE positivo, maior será o CRE total, sendo um

resultado esperado por se tratar de variáveis do mesmo instrumento evidenciado por -0.830 e 0,490 respectivamente.

Ainda na Tabela 5, observou-se que ao se correlacionar a Religiosidade do instrumento elaborado por DUKE com o CRE, demonstrou relação significativa entre a Religiosidade Intrínseca e o CRE total com 0,172, configurando com isso que quanto maior a expressão de fé evidenciada pela religiosidade intrínseca do paciente melhor será sua experiência de enfrentamento. Relacionando posteriormente a Religiosidade Intrínseca com a Religiosidade Organizacional, obteve-se uma importante correlação, demonstrando que uma influencia na outra, representado por 0,167.

Na correlação feita entre a Doença Arterial Coronariana e o Índice de Religiosidade e também com CRE não se obteve correlação representada pelo valor de 0,701 em relação ao CRE total, Religiosidade intrínseca por 0,972, Religiosidade Organizacional por 0,902 e Religiosidade Não Organizacional 0,915.

Discussão

Este estudo buscou verificar as questões da religiosidade e espiritualidade e coping espiritual e religioso entre os pacientes que se submeteram ao exame de cateterismo cardíaco para diagnóstico da Doença Arterial Coronariana.

Demonstrou-se um índice de religiosidade e espiritualidade forte entre os entrevistados, representando que boa parte da amostra tinha uma vivência forte da fé, na amostra dessa pesquisa a grande maioria da faixa etária tinha entre 61 a 70 anos; destaca-se que com a maturidade, o desejo pelas questões e práticas religiosas ganham um espaço de maior destaque para as pessoas, como visto em algumas pesquisas^{6, 7,8,9}. O estudo em questão apresentou a faixa etária acima de 61 anos com

maior destaque, isso pode se justificar pelo fato dos pacientes elegíveis para pesquisa serem em sua grande maioria pessoas mais propensas a doenças crônicas e consequentemente com maior necessidade de se submeterem a exames diagnósticos para doenças cardíacas, como no caso da DAC.

Estudos apontam para uma relação entre religiosidade e espiritualidade (R/E) com desfechos clínicos e laboratoriais incluindo diminuição de níveis de cortisol e mortalidade. Outros demonstram uma menor reatividade da PA^{6,10-14} em pacientes com maior religiosidade. Nesse contexto, estudos têm sido realizados no intuito de verificar a relação entre PA e aspectos religiosos e espirituais.

O presente estudo teve um índice de religiosidade e espiritualidade forte entre os entrevistados, representando que boa parte da amostra tinha uma vivência forte da fé; em nossa amostra a grande maioria da faixa etária tinha entre 51 a 60 anos, o que mostra que quanto mais experientes mais vai aumentando a prática e a vivência religiosa. O mesmo foi identificado em outra pesquisa¹⁵: quanto mais experiente e maior a idade, maior a relação com Deus, a adesão às práticas religiosas eram maiores.

Com o avançar da idade, os idosos tendem a diminuir a frequência a cultos religiosos, templos ou encontros religiosos formais, pois se deparam com limitações físicas, como dificuldade de locomoção decorrente de doenças crônicas, de sequelas de acidente vascular encefálico e da própria idade. Somam-se a isto o medo de quedas, o medo de sair desacompanhado e passar por qualquer tipo de apuro ou violência^{16,17,18}.

No estudo em questão a grande maioria dos entrevistados eram católicos, num estudo no Brasil¹¹, com idosos quase 70% relataram ser católicos e uma pequena

parcela não tinha religião; em outro estudo¹⁹ mais da metade dos participantes relatou afiliação religiosa, percentual significativamente inferior ao da população brasileira, dos quais apenas 8%^{19,20} disseram não ter religião. A espiritualidade foi encontrada em muitos estudos como relacionada a uma sensação de bem-estar, uma sensação de propósito na vida e experiências de satisfação com a vida, sem necessariamente depender do compromisso com a comunidade religiosa^{21,22,23}.

Em relação à frequência dos encontros religiosos, nossa amostra afirmou ir duas a três vezes na semana em seu encontro religioso, com um total de 47,97% da amostra; numa outra pesquisa se percebeu que a maioria (37,8%) dos idosos da ESF de Capoeiruçu (Cachoeira-BA)²⁴ respondeu que comparece à igreja, templo ou algum encontro religioso mais que uma vez por semana.

Ao serem indagadas sobre a frequência com que dedicam seu tempo a atividades religiosas, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos, isto é, a RNO, 82,43% disseram realizar essas atividades mais do que uma vez ao dia; em um outro estudo apenas 43,9% expressaram realizar essas atividades mais que uma vez ao dia, porém foi a resposta com maior percentual^{25,26}; ainda nesta mesma pesquisa, quando foram questionados sobre a RI, 61,7% disseram sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo em suas vidas, 90,54% da nossa amostra falaram que isso é totalmente verdade para eles.

Quando se tratando da escala CRE-Breve, tivemos outras pesquisas^{27, 28} onde a média dos fatores positivos da escala (CREP) foi 2,73, pontuação considerada média, com desvio padrão de 0,77. A média dos fatores negativos da escala (CREN) foi de 1,60, considerada baixa, com desvio padrão de 0,58; em nosso estudo tivemos um CREP de 3,13 e um CREN de 2,07.

Conclusão

O estudo da religiosidade, espiritualidade e suas estratégias de enfrentamento, demonstra novas reflexões sobre possíveis abordagens terapêuticas e formas diferenciadas de lidar com as doenças crônicas, inclusive com as doenças cardiovasculares. Neste estudo verificou-se que as religiosidades dos pacientes estudados tiveram profunda relação com a crença em Deus.

Notaram-se resultados expressivos na condução da religião não organizacional e intrínseca, e conseqüentemente uma forte experiência com a fé dos mesmos. Revelou-se evidências significativas entre as relações positivas e a crença em Deus, e conseqüentemente o enfrentamento da doença.

Apesar de não ter sido verificada correlação positiva entre a presença de Doença Arterial Coronariana e os níveis de Religiosidade e Espiritualidade nos pacientes estudados, é importante ressaltar que aprofundar o conhecimento sobre como tais estratégias podem auxiliar no enfrentamento das doenças crônicas demonstra o grande potencial deste estudo para influenciar novas investigações que busquem dados mais robustos que possam evidenciar a associação relatada na literatura.

Limitações

As possíveis limitações do estudo incluem amostras pequenas, embora esse seja um bom número para o setor hospitalar em questão. O estudo não teve uma perspectiva de continuidade e os pacientes não foram reavaliados várias vezes para determinar uma associação de longo prazo entre DAC, ansiedade e depressão.

Aprovação ética e consentimento para participar

O estudo obedeceu aos princípios éticos em pesquisa com seres humanos conforme Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, sigla em inglês) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFMA, protocolo n. 3.256.111 e CAAE: 04088118.2.0000.5086.

Conflito de interesse

Os autores relatam não haver conflito de interesses quanto à publicação deste artigo.

Apoio financeiro

Este estudo não teve apoio financeiro externo. Este artigo é parte da Tese de Doutorado de José de Ribamar Medeiros Lima Junior, apresentada à Universidade Federal do Maranhão.

Contribuições do autor

Pesquisa, Metodologia, Redação - rascunho original, JRMLJ, Conceituação, Redação - revisão e edição, THRSM, FBAA, EMLC,

Curadoria de dados, análise formal, PSO, CMPMS; Metodologia, Gerenciamento de projetos, NARC, ACGM, Análise formal, Metodologia, JLS, FBAA; Gerenciamento de projetos, Redação - esboço original, JRMLJ, JAFN, Software, DLRP, Recursos, Redação - esboço original, WLBR, AHCF; Supervisão, JAFN. Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Referências

- 1- ALMEIDA, Tatiana. Espiritualidade e resiliência: enfrentamento em situações de luto. *Sacrilegens*, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p.72-91, jan-jun/2015.
- 2- KOENIG, Hg; MCCULLOUGH, Me; LARSON, DB. *Handbook of religion and health*. Oxford: University Press USA; 2001.
- 3- HUFFORD, David J. *An analysis of the field of spirituality, religion and health*. Metanexus Institute, BrynMawr, PA, 2005.
- 4- ROSS L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud* 1995;32:457- 468.
- 5- LIMA MSM, DANTAS RAN, MENDES NPN, ALVES LCM, SILVA TTM, BRITO AGR, et al. Clinical-epidemiological aspects of patients submitted to Percutaneous Coronary Intervention in a university hospital. *RevBrasEnferm* [Internet]. 2018;71(6):2883-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0012>
- 6- Menegatti-Chequini MC, Maraldi EO, Peres MFP, Leão FC, Vallada H. How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Braz J Psychiatry*. 2019;41:58-65. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2447>
- 7- Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *RevBras Psiquiatr*. 2014;36:176-82.

- 8- Panzini RG, Maganha C, da Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MP. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida / espiritualidade, religião e crenças pessoais. *RevSaude Publica*. 2011; 45 (1): 153-65.
- 9- Lopes MAC, Oliveira GMM, Ribeiro ALP, Pinto FJ, Rey HCV, Zimmerman LI, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Telemedicina na Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 113(5):1006-1056
- 10-Dantas Clarissa de Rosalmeida, Pavarin Lilian Bianchi, Dalgalarrodo Paulo. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev. Bras. Psiquiatr*. [Internet]. 1999 Sep [cited 2019 Nov 27]; 21 (3): 158-164. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000300007>.
- 11-Rodrigues, Leiner Resende; Silva, Isabella Danielle Nader, Ana Teresa Melo; Tavares, Darlene Mara dos Santos; Assunção, Luiza Maria; Molina, Nayara Paula Fernandes Martins. Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. *Rev Rene (Online)* ; 18(4): 429-436, jul - ago 2017.
- 12-Lucchese Fernando A., Koenig Harold G ..Religião, espiritualidade e doenças cardiovasculares: pesquisa, implicações clínicas e oportunidades no Brasil. *RevBrasCirCardiovasc* [Internet]. Mar 2013 [cited 2019 Nov 27]; 28 (1): 103-128. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382013000100015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20130015>.

- 13-Verma S, Devaraj S, Jialal I. Is C-reactive protein an innocent bystander or proatherogenic culprit? C-reactive protein promotes atherothrombosis. *Circulation*. 2006;113:2135-2150; discussion 2150. PMID:16671184
- 14- ARAGÃO JA, ANDRADE LGR, NEVES OMG, ARAGÃO ICS, ARAGÃO FMS, REIS FP. Ansiedade e depressão em pacientes com doença arterial periférica internados em hospital terciário. *J Vasc Bras*. 2019;18: e20190002. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190002>
- 15-Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1825-31.
- 16-Menegatti-Chequini MC, Gonçalves JP, Leão FC, Peres MF, Vallada H. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *BJPsych Open*. 2016;2:346-52.
- 17-Santos Neyde Cintra dos, Abdala Gina Andrade. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2014 Dez [citado 2019 Nov 27] ; 17(4): 795-805. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400795&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13166>.

- 18-Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. *J GenIntern Med*. 2005;20:629-34.
- 19-Corrêa C, Holanda A, Olandoski G. COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO LITORAL DO PARANÁ. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental* [Internet]. 2018 Jan 30; [Citado em 2019 Nov 28]; 6(2): 15-30. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/142>
- 20-TAUNAY, Taaily C et al. Desenvolvimento e validação do Inventário de Religiosidade Intrínseca (IRI). *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2012, vol.34, n.1, pp.76-81. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000100014>.
- 21-Peres MF, Kamei HH, Tobo PR, Lucchetti G. Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being. *J Relig Health*. 2017 Apr 25. doi: 10.1007/s10943-017-0400-6.
- 22-SILVA-PORTELA, Bruno. O conceito religião no pensamento de Carl Gustav Jung *Sacrilegens*, Juiz de Fora, v.10, n.1, p. 46-61, jan-jun/2013.
- 23-SHARPE, Eric. The study of religion in historical perspective. *The Routledge Companion to the Study of Religion*. Edited by John R. Hinnells, p. 21- 38, 2ed, 2009.
- 24-TAVARES, Thiago. A religião vivida: expressões populares de religiosidade. *Sacrilegens*, Juiz de Fora, v. 10, n.2, p. 35-47, jul-dez/2013.
- 25-GUIMARAES, Hélio Penna and AVEZUM, Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2007, vol.34,

suppl.1, pp.88-94. ISSN 0101-6083. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.

- 26-Harbeck S, Kliem S, Wollburg E, Braukhaus C, Kröger C. [Remissão, resposta e sua previsão em pacientes depressivos internados]. *PsychotherPsychosomMedPsychol*. 2013; 63: 272-9.
- 27-Ares, G., Giménez, A., Vidal, L., Zhou, Y., Krystallis, A., Tsalis, G., ... & Deliza, R. (2016). Do we all perceive food-related wellbeing in the same way? Results from an exploratory crosscultural study. *Food Quality and Preference*, 52, 62-73.
- 28-Castellaci, F, & Tveito, V. (2018). Internet use and well-being: A survey and a theoretical framework. *Research Policy*, 47(1), 308-325.

Tabela 1 Características sociodemográficas de pacientes submetidos ao exame de cateterismo cardíaco no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), São Luís, MA, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%
Gênero		
Feminino	80	54,05
Masculino	68	45,95
Anos de idade		
18-30	23	15,54
31-40	13	8,78
41-50	26	17,57
51-60	32	21,62
61-70	34	22,97
71-85	20	13,51
Origem		
São Luís	127	85,81
Interior do estado	21	14,19
Nível educacional		
Escola primária incompleta	20	13,51
Ensino fundamental completo	11	7,43
Ensino médio incompleto	13	8,78
Ensino médio completo	49	33,11
Ensino superior incompleto	15	10,14
Ensino superior completo	28	18,92
Graduação incompleta	1	0,68
Graduação completa	11	7,43
Renda (salário mínimo)		
1	68	45,95
2-3	57	38,51
4-5	13	8,78
> 5	10	6,76
Estado civil		
Solteiro	37	25
Casado	67	45,27
Divorciado	24	16,22
Viúvo	10	6,76
DAC		
Sim	87	58,78
Não	61	41,22

Tabela 2 Características de religiosidade de pacientes submetidos ao exame de cateterismo cardíaco no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), São Luís, MA, Brasil, 2019.

Variáveis	N	%
Acredita em Deus		
Sim	144	97,30
Não	44	2,70
Tempo acreditando em Deus		
Sempre	146	98,65
Por 1 ano	-	-
10 ou mais anos	2	1,35
Começou depois de descobrir a doença	-	-
Religião / crença		
Ateu	2	1,35
Espiritualizado, sem religião	6	4,05
Católico	72	48,65
Protestante	22	14,86
Evangélico	41	27,70
Espírita	5	3,38
Outras	-	-
Mudança de religião ao longo da vida		
Sim	4	2,70
Não	144	97,30
Importância da religião / espiritualidade para lidar com os estressores da vida		
Muito importante	129	87,16
Importante	8	5,41
Relativamente importante	6	4,05
um pouco importante	2	1,35
Não é importante	3	2,03
Tempo dedicado a atividades religiosas		
Nunca	3	2,03
Raramente	1	0,68
Uma vez por ano	-	-
Uma vez por mês	1	0,68
Uma vez por semana	26	17,57
2 a 3 vezes por semana	71	47,97
Uma vez por dia	40	27,03
Mais de uma vez por dia	6	4,05
Importância da religião em sua vida		
Muito importante	74	50,0
Importante	71	47,97
Relativamente importante	-	-

um pouco importante	1	0,68
Não é importante	2	1,35
Importância da religião / espiritualidade para lidar com situações estressantes		
Ajudou bastante	121	82,31
Tem ajudado	21	14,29
Ajudou mais ou menos	2	1,36
Ajudou um pouco	1	0,68
Não ajudou	2	1,36
Crescimento espiritual		
Eu cresci muito	42	28,38
Eu cresci	86	58,11
Eu cresci mais ou menos	2	1,35
Eu cresci um pouco	11	7,43
Eu não cresci	7	4,73

Tabela 3 Respostas da Escala de Religiosidade DUKE de pacientes submetidos ao exame de cateterismo cardíaco no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), São Luís, MA, Brasil, 2019.

Religiosidade organizacional	n	%
A) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou reunião religiosa?		
Mais de uma vez por semana	27	18,24
Uma vez por semana	45	30,41
Dois a três vezes por mês	42	28,38
Às vezes em um ano	28	18,92
Cerca de uma vez por ano	3	2,03
Nunca	3	2,03
Religiosidade não organizacional		
B) Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas, como orações, meditações, leitura da Bíblia ou outros textos religiosos?		
Mais de uma vez por dia	12	8,11
Diariamente	122	82,43
Dois ou mais vezes por semana	-	-
Uma vez por semana	7	4,73
Algumas vezes por mês	3	2,03
Raramente ou nunca	4	2,70
Religiosidade intrínseca		
C) Na minha vida, sinto a presença de Deus (ou Espírito Santo)		
Totalmente verdadeiro para mim	134	90,54
Em geral, é verdade	10	6,76
Não tenho certeza	2	1,35
Em geral, não é verdade	-	-
Não é verdade	2	1,35
D) Meu modo de vida é apoiado por minhas crenças religiosas		
Completamente verdadeiro para mim	66	44,59
Em geral, é verdade	53	35,81
Não tenho certeza	26	17,57
Em geral, não é verdade	1	0,68
Não é verdade	2	1,35
E) Eu trabalho muito para viver minha religião em todos os aspectos da vida		
Completamente verdadeiro para mim	144	97,30
Em geral, é verdade	4	2,70
Não tenho certeza	-	-
Em geral, não é verdade	-	-
Não é verdade	-	-

Tabela 4 Escala de Coping Espiritual-Religioso para adultos submetidos ao exame de cateterismo cardíaco no Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD), São Luís, MA, Brasil, 2019.

Variáveis	Mau	Mínimo	Máximo
Coping Positivo	3,13	1,41	3,7
Coping Negativo	2.07	1,2	2,93
Coping Total	0,67	0,43	1.08

Tabela 5 Matriz de correlação de Sperman dos escores do Índice de Religiosidade de Duke, Coping Religioso-Espiritual e associação da Religiosidade com Doença Arterial Coronariana (DAC)

	CRE negativo	CRE positivo	CRE total	R. Intrínseca	R. Organizacional	R. Não Organizacional
CRE negativo	1,000					
CRE positivo	-0,065	1,000				
CRE total	-0,830**	0,490**	1,000			
R. Intrínseca	0,158	0,021	0,172*	1,000		
R. Organizacional	-0,106	-0,045	-0,126	0,167*	1,000	
R. Não-Organizacional	-0,094	-0,006	0,023	-0,059	-0,185**	1,000
DAC	-	-	0,701	0,972	0,902	0,915

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou compreender ainda mais o conhecimento sobre a religiosidade, espiritualidade e o coping religioso/espiritual; além dos aspectos referentes a ansiedade, depressão e bem-estar subjetivo de pacientes com Doença Arterial Coronariana. Percebeu-se que não houve relação significativa das variáveis do estudo com a DAC, deixando aberta novas possibilidades de investigação e outras propostas de intervenção.

Com Relação aos aspectos da religiosidade e Espiritualidade, percebeu-se uma forte experiência de fé dos pacientes, e uma grande maioria deles eram católicos, porém a DAC não foi um fator predisponente para essa forte adesão religiosa, não demonstrando assim forte relação.

Foi observada uma elevada prevalência de ansiedade e depressão nos pacientes submetidos à avaliação para Doença Arterial Coronariana. Apesar de não se demonstrar uma associação significativa da DAC com a ansiedade e depressão e com o bem-estar subjetivo; constata-se que a elevada prevalência dessas condições determina a necessidade de identificação destes transtornos para o seu diagnóstico e tratamento precoce.

Ressalta-se a contribuição do estudo para a melhor compreensão e atenção às estratégias de abordagem multiprofissional e integrativa para auxílio no enfrentamento das doenças crônicas, em especial as psiquiátricas, e o envolvimento com os aspectos da religiosidade e espiritualidade, subsidiando novas investigações e pesquisas nessa temática.

REFERÊNCIAS

AI AL, PETERSON C, BOLLING SF, KOENIG HG. Private prayer and optimism in middle-aged and older patients awaiting cardiac surgery. **Gerontologist**. 2002;42(1):70-81

AI, AL, WINK P, TICE TN, BOLLING SF, SHEARER M. Prayer and reverence in naturalistic, aesthetic, and socio-moral contexts predicted fewer complications following coronary artery bypass. *J Behav Med*. [internet] 2009 [cited 2015 aug 20 (1)(6):570-81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19856203>

ARAGÃO, JOSÉ ADERVAL ET AL. Ansiedade e depressão em pacientes com doença arterial periférica internados em hospital terciário. *Jornal Vascular Brasileiro* [online]. 2019, v. 18 [Acessado 16 Junho 2021] , e20190002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1677-5449.190002>>. Epub 29 Ago 2019. ISSN 1677-7301. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190002>.

ARRIEIRA ICO, THOFEHRN MB, PORTO AR, MOURA PMM, MARTINS CL, JACONDINO MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>

ASAD, Talal. A construção da religião como uma categoria antropológica. *Cadernos de Campo*, São Paulo, n. 19, p. 1-384, 2010. Disponível em: https://www.ufrgs.br/ppgas/portal/arquivos/orientacoes/ASAD_Talel._2010.pdf. Acesso em: 16 jun. 2021.

BACHMANN S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):E1425. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15071425>. PMid:29986446.

BANERJEE et. al. Attending Religious Services and Its Relationship with Coronary Heart Disease and Related Risk Factors in Older Adults: A Qualitative Study of Church Pastors' and Parishioners' Perspectives. published online 2013 **JRelig Health**. DOI 10.1007/s10943-013-9783-1.

BECK et.al., BDI II: Inventário de Depressão de Beck II/Adaptação para o português; Clarice Gorenstein et.al. São Paulo- Casa do Psicólogo, 2011.

BEZERRA A.S.M., LOPES J.L., BARROS, A.L.B.L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento. *RevBrasEnferm*. 2014; 67(4):550-5.

BEZERRA SMMS, GOMES ET, GALVAO 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>

BLUMENTHAL et.al., for the NORG Investigators, "Depression as a Risk Factor for Mortality after Coronary Artery Bypass Surgery", **Lancet** 362 (2003):604-9

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL BRASIL** - 2006. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2007.

BRAVIN A M, TRETENE A S, ANDRADE LGM, POPIM RC. Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2019;72(2):567-77. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>. Acesso 18/11/2019.

BRUGADA J, KATRITSIS DG, ARBELO E, ARRIBAS F, BAX JJ, BLOMSTROM-LUNDQVIST C, et al. Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). **Eur Heart J**. 2020;41(5):655-720

CARNEIRO AF. et al., Avaliação da ansiedade e depressão no pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. **Rev. Bras. Anesthesiol**. 2009; 59 (4): p. 431-438.

CARNEY, R. M.; FREEDLAND, K. E. Depression and coronary heart disease. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre. 2011; 55 (3): p. 239-243.

CHIAVARINO C; RABELLINO D; ARDITO RB; CAVALLERO E, PALUMBO L; S BERGERONE S; GAITA F; G. BB. Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety Enfrentamento emocional é um melhor indicador de prognóstico cardíaco para a depressão e a ansiedade. **Journal of Psychosomatic Research** 73 (2012) 473–475.
http://www.almamix.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=118:oms-saude-2012&catid=21:saude&Itemid=97 dia 05/12/2013.

CHIAVARINO et al. Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety / **Journal of Psychosomatic Research** (2012) 73 473–475

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Na Fronteira da Psicologia com os Saberes Tradicionais: Práticas e Técnicas – Volume 2 / Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. - São Paulo: CRP - SP, 2016.

CORRÊA, CAIRU VIEIRA; HOLANDA, ADRIANO FURTADO; OLANDOSKI, GUILHERME PREVIDI. Coping Religioso/Espiritual em Profissionais da Atenção à Saúde mental do Litoral do Paraná. PsicoFAE, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 15-30, nov. 2017.

COSTANZI A.A. Derivação e validação de um escore de risco para complicações vasculares em pacientes submetidos a procedimentos cardiológicos invasivos em hemodinâmica [dissertation]. [Porto Alegre]: **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**; 2015. 84 p.

CUNHA, J. A. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2001.

CUNHA, VF.; SCORSOLINI-COMIN, F. (2019). Melhores práticas profissionais na abordagem da religiosidade/espiritualidade em psicoterapia no Brasil . Aconselhamento e Psicoterapia Research , 19 , 523 - 532 .

CUNHA, VF.; SCORSOLINI-COMIN, F. (2019). A Dimensão Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Revisão Integrativa da Literatura Científica. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 35. 10.1590/0102.3772e35419.

DAL-FARRA RA & GEREMI C Health Education and Spirituality: methodological Propositions. **Revista Brasileira de Educação Médica** 2010. 34 (4): 587–597

DASKALOPOULOU M, GEORGE J, WALTERS K, ET AL. Depression as a risk factor for the initial presentation of twelve cardiac, cerebrovascular, and peripheral arterial diseases: data linkage study of 1.9 million women and men. PLoS One. 2016;11(4):e0153838. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0153838>. PMID:27105076.

DELL'AGLIO, D. D., KOLLER, S. H., & YUNES, M. A. (2006). Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do risco à proteção. São Paulo: **Casa do Psicólogo**.

DIENER, E. (1984). Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

ESCH, T.; STEFANO, G. B. Love promotes health. **Neuroendocrinology Letters**, v. 26,n. 3, p. 264–268, 2005a.

ESCH, T.; STEFANO, G. B. The neurobiology of love. **Neuroendocrinology Letters**,v. 26, n. 3, p. 175–192, 2005b

ESPERANDIO MRG, AUGUST H. A pesquisa quantitativa em Psicologia da religião no Brasil. *Revista Pistis Práxis: Teologia e Pastoral* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2017 Jun]; 9(1):49-67. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/pistispraxis/article/view/7199>

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.

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.

FORTI, S, SERBENA, CA, SCADUTO, A. A.. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no brasil: Uma revisão sistemática. *CienSaudeColet* [periódico na internet] (2018/Ago). [Citado em 18/11/2019]. **Está disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mensuracao-da-espiritualidadedereligiosidade-em-saude-no-brasil-uma-revisao-sistematica/16933?id=16933>

FREITAS FV. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Rev Interface*, 2017; 15(36): 243-255.

GALLO AM, LAURENTI R. Mudança de hábitos e atitudes em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio e angioplastia primária. *Saúde*[Internet]. 2014[cited 2017 Dec 29];40(2):59-66.

GAMA GGG *et al.* Beliefs and behavior patterns of individuals with coronary artery disease **Ciência&SaúdeColetiva**, 17(12):3371-3383, 2012.

GARBIN CAS, JOAQUIM RC, ROVIDA TAS, GARBIN AJI. Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental. **Revbrasgeriatrgerontol**. [SciELO-ScientificElectronic Library Online] 2014. 19(1):87-94.

GARCIA MAA, PINTO ATBCS, ODONI APC, LONGHI BS, MA-CHADO LI, LINEK MLS, *et al.* interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Rev Bras Educ Med**. 2007;31(2):147-55

GEORGE *et al.* Spirituality and health: what we know, what we need to know. **J SocClin Psychol**. 2000.19(1):102-116

GERONASSO MCH, COELHO D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **SaúdeMeio Ambiente**. 2019;1(1):173-187.

GILLUM RF, KING DE, OBISESAN TO, KOENIG HG. Frequency of attendance at religious services and mortality in a U.S. national cohort. **Ann Epidemiol**. 2008;18(2):124-9.

GLADDING, ST E CROCKETT, JE. Questões religiosas e espirituais em aconselhamento e terapia: Superando as barreiras clínicas. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 21 (2), 152-161.2019 <https://doi.org/10.1080/19349637.2018.1476947>

GOLDBOURT, U.; YAARI, S.; MEDALIE, J.H. - Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. **Cardiology**82: 100-121, 1993.

GOMES, E T; ESPINHA, D C M; BEZERRA, S M MS. Religiosidade e crença em Deus no período pré-operatório de cirurgia cardíaca: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 273-283, oct. 2015. ISSN 1676-4285.

GUEDES AMA; NASCIMENTO FT; NASRALANETO E; NASRALA ML. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre homens e mulheres após revascularização do miocárdio. Coorte. **Revista Científica do Hospital Santa Rosa** 2010; 1: p. 39-48.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. Impact of spirituality on physical health / **Rev. Psiqu. Clín.** 34, supl 1; 88-94, 2007

HASEN et. al., The role of religious faith, spirituality and existential considerations among heart patients in a secular society: acute Relation to depressive symptoms 6 months post coronary syndrome. published online 8 April 2013 **J Health Psychol**. DOI: 10.1177/1359105313479625. The online version of this article can be found at: <http://hpq.sagepub.com/content/early/2013/04/15/1359105313479625>. at FUND COOR DE APRFO PESSL NIVE on November 20, 2013 hpq.sagepub.com
Downloaded

HEMINGWAY H; MALIK, M & MARMOT M. Social and psychosocial influences on sudden cardiac death, ventricular arrhythmia and cardiac autonomic function. **European Heart Journal**, (2001). 22, 1082–1101.

HORNE BD, MAY HT, ANDERSON JL, KFOURY AG, BAILEY BM, MCCLURE BS, et al; Intermountain Heart Collaborative Study. Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. **Am J Cardiol**. 2008;102(7):814-819.

HUMMER et. al. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography** 36(2): 273-285, 1999.

HUMMER RA, ROGERS RG, NAM CB, ELLISON CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. **Demography**. 1999;36(2):273-85.

JAHIC E. Experience and outcomes of primary percutaneous coronary intervention for patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of Tertiary Care Center in Bosnia and Herzegovina. **Med Arch**[Internet]. 2017[cited 2017 Dec 02];71(3):183-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28974830>.

KING MB, KOENIG HG. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. **BMC Health Serv Res.** 2009 9:116.

KINNEY, A. Y., BLOOR, L. E., DUDLEY, W. N., MILLIKAN, R. C., MARSHALL, E., MARTIN, C., et al. (2003). Roles of religious involvement and social support in the risk of colon cancer among Blacks and Whites. **American Journal of Epidemiology**, 158(11), 1097–1107.

KOENIG HG et. al. Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. **Int J Psychiatry Med.** 2010; 40(4):391-8.

KOENIG HG, COHEN HJ, BLAZER DG, PIEPER C, MEADOR KG, SHELPS F, et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. **Am J Psychiatry.** 1992;149(12):1693-170.

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. Appendix. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: **Oxford University Press**; 2012. p.609-94.

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: **Oxford University Press**; 2012. p.45.

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: **Oxford University Press**; 2012. p.47

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: **Oxford University Press**; 2012. p.46.

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: **Oxford University Press**; 2012. p.35-52.

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: **Oxford University Press**; 2012. p.9-10.

KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. MORTALITY. In: Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: **Oxford University Press**; 2012. p.468-91; 855-63

KOENIG HG, MCCULLOUGH ME, LARSON DB. Appendix. handbook of religion and health. 2nd ed. New York: **Oxford University Press**; 2001. p.513-89.

KOENIG HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. **J NervMent Dis.**2008;196(5):349-55.

KOENIG HG. Religion, spirituality and medicine: how are they related and what does it mean. **Mayo Clin Proc.** 2001;76(12):1189-91.

KOENIG HG. Role of religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. In: Pargament KI, Exline J, Jones J, Mahoney A, Shafranske E, eds. APA handbook of psychology, religion, and spirituality, Part III. Washington: **American Psychological Association**; 2013. p.278-9.

KOENIG HG. Spirituality and health research: methods, measures, statistics, and resources. Conshohocken: **Templeton Press**; 2011. p.193-206.

KOENIG HG. Taking a spiritual history. **J Am Med Assoc.** 2004; 291:2881

KOENIG, H. G. (1999). How does religious faith contribute to recovery from depression? **Harvard Mental Health Newsletter**, 15, 8.

KOENIG, H. G. (2001). Religion and medicine III: Developing a theoretical model. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 31, 199–216.

KOENIG, H. G., GEORGE, L. K., HAYS, J. C., LARSON, D. B., COHEN, H. J., & BLAZER, D. G. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 28, 189–213.

KOENIG, H. G., GEORGE, L. K., HAYS, J. C., LARSON, D. B., COHEN, H. J., & BLAZER, D. G. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 28, 189–213

KOENIG, H. G., HAYS, J. C., GEORGE, L. K., BLAZER, D. G., LARSON, D. B., & LANDERMAN, L. R. (1997). Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. **American Journal of Geriatric. Psychology**, 5, 131–145.

KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E., & LARSON, D. B. (2001). Handbook of religion and health. Oxford: **Oxford University Press**.

KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E., & LARSON, D. B. Handbook of religion and health. Oxford: **Oxford University Press**. (2001).

KOENIG, H.G.; MEADOR, K.; PARKERSON, G. - Religion Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. **Am J Psychiatry** 154: 885-886, 1997.

KOENIG, HG. Religion and medicine III: Developing a theoretical model. International **Journal of Psychiatry in Medicine**, (2001). 31, 199–216.

KUPER, H; MARMOT, M & HEMINGWAY H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. **Seminars in Vascular Medicine**, (2002). 2, 267–314.

L. F. MARQUES, J. C. SARRIERA & D. D. DELL'AGLIO. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (EBE). **Avaliação Psicológica**, 2009, 8(2), pp. 179-186.

LAVORATO NETO, G. RODRIGUES, L. SILVA, DAR, TURATO, ER, & CAMPOS, CJG (2018). Revisão da espiritualidade em saúde mental e enfermagem psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (Supl. 5), 2323 - 2333.

LAI C, LUCIANI M, GALLI F, MORELLI E, DEL PRETE F, GINOBBI P, et al. Spirituality and awareness of diagnoses in terminally ill patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(6):505-9. DOI: 10.1177/1049909116630985.

LEMOULT J, GOTLIB IH. Depression: a cognitive perspective. *Clin Psychol Rev*. 2019;69:51-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.008>.

LEVIN, J. Religion and mental health: Theory and research. **International Journal of Applied Psychoanalytic Studies**, (2010). 7, 102–115.

LIMA MSM, DANTAS RAN, MENDES NPN, ALVES LCM, SILVA TTM, BRITO AGR, et al. Clinical-epidemiological aspects of patients submitted to Percutaneous Coronary Intervention in a university hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(6):2883-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0012>

LOPES MACQ, OLIVEIRA GMM, RIBEIRO ALP, PINTO FJ, REY HCV, ZIMERMAN LI, et al. Guideline of the Brazilian Society of Cardiology on Telemedicine in Cardiology - 2019. **Arq Bras Cardiol**. 2019;113(5):1006-56.

LUCCHESE FA & KOENIG HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Rev Bras Cir Cardiovasc** 2013;28(1):103-28

LUCIANA FERNANDES MARQUES. A Saúde e o Bem-Estar Espiritual em Adultos Porto-Alegrenses. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2003, 23 (2), 56-65

LUTGENDORF SK, RUSSELL D, ULLRICH P, HARRIS TB, WALLACE R. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychol*. 2004;23(5):465-75.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2014.

MARQUES et.al. ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (EBE). **Avaliação Psicológica**, 2009, 8(2), pp. 179-186 Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MASCARENHAS JV, ALBAYATI MA, SHEARMAN CP, JUDE EB. Peripheral arterial disease. *EndocrinolMetabClin North Am*. 2014;43(1):149-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecl.2013.09.003>. PMID:24582096.

MCINTOSH, D. N., SILVER, R. C., & WORTMAN, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. **Journal of Personality and Social Psychology**, 65, 812–821.

MERTINS SM, KOLANKIEWICZ ACB, ROSANELLI CLSP, LORO MM, POLI G, WINKELMANN ER, et al. Prevalência de fatores de risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Av Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 02]; 34(1):30-8. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v34n1/v34n1a04.pdf>

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>

MOREIRA-ALMEIDA A, LOTUFO NF, KOENIG H. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras de Psiquiatr**.2006. 28(3):242-50

MOREIRA-ALMEIDA, A. - Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **RevPsicClinica** 34 (supl.1): 3-4, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL/ **Rev. Psiqu. Clín** 35(1); 31-32, 2008

MURRAY CJ, LOPEZ AD. Measuring the global burden of disease. *N Engl J Med*. 2016;369(5):448-57.

NOGUEIRA CRSR. Avaliação comparativa da qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica com e sem circulação extracorpórea no período de 12 meses. 2008. Tese (Doutorado em Cardiologia). **Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2008.

NOGUEIRA IDB et al. Correlação entre Qualidade de Vida e Capacidade Funcional na Insuficiência Cardíaca. **Arq. Bras. Cardiol**. 2010; 95 (2): p. 238-243.

NUNES JKVRS, et al. - Depression after CABG: a prospective study. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013;28(4):000-000

OMAN D; KURATA JH; STRAWBRIDGE WJ & COHEN RD. Religious attendance and cause of death over 31 years. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, (2002). 32, 69–89.

OLIVEIRA LMSM, COSTA IMNBC, SILVA DGD, SILVA JRSS, BARRETO-FILHO JAS, ALMEIDA-SANTOS MA, ET AL. Readmission of patients with acute coronary syndrome and determinants. **Arq Bras Cardiol**. 2019;113(1):42-9.

OLIVEIRA, F H A; PINTO, A R. Psiquiatria e espiritualidade: em busca da formulação bio-psico-socio-espiritual do caso. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 44, n. 4, p. 447-454, nov. 2018.

PAGLIUSO, L; BAIRRÃO, J F.M. H. Aetnopsicologia e o trabalho institucional em uma unidade de abrigo. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 43-55, jun. 2011.

PALOUTZIAN, R. F. Invitation to the psychology of religion. **Guilford Publications**. 2016.

PANZINI & BANDEIRA Escala De *Coping* Religioso-Espiritual (ESCALA CRE): Elaboração E Validação De Construto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 507-516, set./dez. 2005

PANZINI et.al. Quality of life and spirituality. **Rev. Psiq. Clín**. 34, supl 1; 105-115, 2007

PANZINI, R. G. & BANDEIRA, D. R. (NO PRELO). Quality of life and spiritual-religious coping relations. **Quality of Life Research**.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. - Escala de *Coping* Religioso-Espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, 10(3):507-516, 2005a.

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D.R. – Quality of life and spiritual-religious coping relations. **Qual Life Res**,14(9):2106-2107, 2005b.

PARGAMENT, K. I., KOENIG, H. G. & PEREZ, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, 56(4), 519-543.

PARGAMENT, K. I., SMITH, B. W., KOENIG, H. G. & PEREZ, L. M.(1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. ***Journal for the Scientific Study of Religion***, 37(4), 710-724.

PARGAMENT, K.I.; KOENIG, H.G.; PEREZ, L.M.The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. **J ClinPsychol**, 56(4):519-543, 2000.

PARGAMENT, K.I.; KOENIG, H.G.; TARAKESHWAR, N.; Hahn, J. Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. **Arch Intern Med**, 13(27):1881-5, 2001a.

PARGAMENT, K.I.; SMITH, B.W.; KOENIG, H.G.; PEREZ, L.M. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. **JSci Study Relig**, 37(4):710-724, 1998a.

PARGAMENT, K.I.; TARAKESHWAR, N.; ELLISON, C.G.; WULFF, K.M. Religious coping among religious: the relationships between religious coping and well-being in a national sample of Presbyterian clergy, elders and members. **JSci Study Relig**, 40(3):497-513, 2001b.

PETEET, JR (2017). O documento de posição do WPA sobre Espiritualidade e Religião em Psiquiatria: Uma perspectiva norte-americana. *Saúde mental, Religião e Cultura*, 20 (6), 573 - 578.

PÊGO-FERNANDES PM; GAIOTTO FA; GUIMARÃES-FERNANDES F. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Med.** 2008; 87(2): p. 92-98.

PEREIRA, K C L; HOLANDA, A F. Religião e Espiritualidade no curso de Psicologia: revisão sistemática de estudos empíricos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 221-235, maio 2019.

PITON FA; CARVALHO CF; MIYAZAKI MCOS; GODOY MC. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **BrazJCardiovascSurg** 2006; 21(1): 68-74.

POWELL L. H; SHAHABI, L & THORESEN CE; Religion and spirituality: Linkages to physical health. **American Psychologist**. (2003). 58, 36–52.

PRATT et al., “Depression, Psychotropic Medication, and Risk of Myocardial Infarction. Prospective Data from the Baltimore ECA Follow-Up”, **Circulation** 94 (1996):3132-29.

PRÉCOMA, DALTON BERTOLIM et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]. 2019, v. 113, n. 4 [Acessado 15 Junho 2021] , pp. 787-891. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/abc.20190204>>. Epub 04 Nov 2019. ISSN 1678-4170. <https://doi.org/10.5935/abc.20190204>.

ROSEN BD, SAAD MF, SHEA S, NASIR K, EDVARDSEN T, BURKE G. Hypertension and smoking are associated with reduced regional left ventricular function in asymptomatic individuals. **J Am CollCardiol** 2006;47:1150-8

ROTH GA, JOHNSON C, ABAJOBIR A, ABD-ALLAH F, ABERA SF, ABYU G, et al. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015. **J Am CollCardiol**. 2017;70(1):1-25.

SANJUÁN et.al. Pessimistic attributions and coping strategies as predictors of depressive symptoms in people with coronary heart disease. **J Health Psychol** 2012 17:886 originally published online 6 December 2011 - The online version of this article can be found at: <http://hpg.sagepub.com/content/17/6/886>

SALEEM R, KHAN, AS. Impact of Spirituality on Well-Being among Old Age People. **Int J Indian Psychol**. 2015 [citado em 2021 mar. 07]; 2(3):172-81. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a551/c97431f85b3442630df8f6b09095c15bb41b.pdf>

SANTOS, A. R. M., OLIVEIRA, L. M. F. T., FARIAS JÚNIOR, J. C., SILVA, P. P. C., SILVA, E. A. P. C., & FREITAS, C. M. S. M. Associação entre prática religiosa e comportamentos de risco à saúde em adolescentes de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, 2015. 20(3), 284-296.

SCHLEDER LP, PAREJO LS, PUGGINA AC, SILVA MJ. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. **Acta Paul Enferm.** 2013;26(1):71-8.

SCHNALL E, WASSERTHEIL-SMOLLER S, SWENCIONIS C, ZEMON V, TINKER L, O'SULLIVAN MJ. The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. **Psychol Health.** 2010;25(2):249-63.

SIEGEL et al. Religion and coping with health-related stress. **Psychology and Health** 16(6):631-653, 2001

SILVA L; SEMINOTTIEP. A Influência da Espiritualidade na Prática Clínica em Saúde Mental: Uma Revisão Sistemática The Influence of Spirituality on Clinical Practice in Mental Health: A Systematic Review. **R brasci Saúde**,17(2):189-196, 2013 - <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>.

SIQUEIRA MIRLENE MARIA MATIAS; PADOVAM, VALQUIRIA APARECIDA ROSSI. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2008, v. 24, n. 2 [Acessado 16 Junho 2021] , pp. 201-209. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>>. Epub 24 Set 2008. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>.

SMITH JN, NEGRELLI JM, MANEK MB, HAWES EM, VIERA AJ. Diagnosis and management of acute coronary syndrome: an evidence-based update. **J Am Board Fam Med.** 2015 Mar-Abr;28(2):283-93.

TAVARES CQ, VALENTE TCO, CAVALCANTI APR, CARMOS HO. Espiritualidade, Religiosidade e Saúde: velhos debates, novas perspectivas. *Interações Cult Comunidade* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 10];11(20):85-97. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p85>.

TAVARES GOMES, EDUARDO, MENDES ESPINHA, DANIELE CORCIOLI Y MUNIZ DA SILVA BEZERRA, SIMONE MARIA. Religiosidade e crença em Deus no pré-operatório de cirurgia cardíaca: estudo exploratório. *Online Brazilian Journal of*

Nursing. 2015;14(3):undefined-undefined. [fecha de Consulta 5 de Noviembre de 2019].ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3614/361443744008>

TEPPER et al., The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. (2001) **PsychiatrServ** 52:660-665, 20

TOMÁS , C. F. Relações que curam: a evolução espiritual como fator de saúde e bem-estarpicológico. Cadernos do GREI nº 19, Setembro (e-book) 2014.

TOMÁS , C. F. International Journal of Developmental and Educational Psychology

VAN DER KOOY K; VAN HOUT, H; MARWIJK, H; MARTEN, H; STEHOUWER C., & BEEKMAN A. Depression and the risk for cardiovascular diseases: Systematic review and meta analysis. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, (2007). 22(7), 613–626

VOSGERAU, MILENE ZANONI DA SILVA. Indicadores de bem-estar emocional e doenças crônicas: associação da autopercepção da felicidade, amor e bom humor à condição de saúde de adultos e idosos de Matinhos, Paraná/Milene Zanoni da Silva Vosgerau. Londrina, 2012. 201 f. Tese (Doutorado) – **Programa de Doutorado em Saúde Coletiva**, da Universidade Estadual de Londrina.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cardiovascular Diseases. [Internet]. [Cited in 2019 Dec 12] Available from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva (Switzerland); 2015.

ZANGARI W, MACHADO FR (orgs.) Psicologia e Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos [cartilha]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.usp.br/interpsi>

ZERBETTO, S. R., GOLÇALVES, A. M. S., GALERA, S. A. F., ACORINTE, A. C., & GIOVANNETTI, G. Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Escola Anna Nery** 2017. 21(1), e20170005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em estudo clínico

Projeto de Pesquisa: **Estudo do enfrentamento da religiosidade e espiritualidade em clientes submetidos a cineangiocoronariografia**: José de Ribamar Medeiros Lima Junior e Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto, estão realizando uma pesquisa com pacientes com Doença Arterial Coronariana que foram encaminhados para cirurgia de Revascularização do Miocárdio e Angioplastia. Gostaríamos de conversar primeiramente sobre a sua experiência aqui no hospital para nos conhecermos um pouco. Também gostaria de saber se você possui alguma religião ou se você possui alguma crença, embora tenha pessoas que não tenham uma religião propriamente dita acreditam em algo, assim como também existem pessoas que não acreditam em nada e não possuem religião, todas essas pessoas podem contribuir com o nosso estudo. Caso você concorde e quando se sentir à vontade estaremos iniciando a nossa conversa, lembrando que toda informação que você der será usada sigilosamente. Esta pesquisa não oferece nenhum risco de morte e os benefícios da mesma é conhecermos quão é importante esse *Coping*. Conversaremos neste primeiro momento, e após sua cirurgia (três, seis e doze meses) pessoalmente ou por telefone sobre questões religiosas, espirituais, sobre o quanto estas questões ajudam ou não você nesta situação que enfrenta com a sua doença, no seu dia a dia, nas suas relações, ou seja, na sua vida. Também conversaremos um pouco sobre aspectos da sua vida e de como você se sente em algumas situações como: saúde, relacionamentos, atividades diárias, motivação, entre outros aspectos. A nossa conversa terá duração de aproximadamente 50 minutos. Também, caso você não queira continuar com as entrevistas e desistir de participar do estudo, o seu termo de consentimento pode ser retirado a qualquer momento. Estarei constantemente à disposição para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa. A sua contribuição é muito importante para nós e desde já agradecemos a sua participação. Em caso de dúvidas ou reclamações você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, localizado na rua Barão de Itapary, 227 – centro – São Luis/MA ou pelo telefone (98) 21091250. Informamos ainda nosso contato telefônico: (098) 9606 30 31.

São Luís (MA), _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Testemunha _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO GERAL (Dados demográficos, socioeconômicos, religiosos e de saúde)

Nome: _____

Cidade: _____

Contato: _____ nº _____

1) DATA: ____/____/____ **2) IDADE** _____ **3) SEXO:** 1()M 2()F**2) Escolaridade**

1 () fundamental incompleto

5 () ensino superior incompleto;

2 () fundamental completo

6 () ensino superior completo;

3 () ensino médio incompleto

7 () pós-graduação incompleta;

4 () ensino médio completo

8 () pós-graduação completa.

3) Aproximadamente, qual a renda mensal de sua família?

1 () 1 salário mínimo

4 () entre 5 e 10 salários mínimos

2 () 2 à 3 salários mínimos

5 () mais de 10 salários mínimos

3 () até 5 salários mínimos

6 () mais de 20 salários mínimos

4) Qual seu estado civil?

1 () Solteiro 2 () Casado 3 () Divorciado 4 () Viúvo 5 () Outros.

5) Você acredita em Deus (poder, espírito, inteligência ou força superior, etc)?

1 () Sim 2 () Não

6) Se sim, há quanto tempo?

1() sempre acreditei. 2() há 1 ano. 3() há 10 anos ou mais. 4() Comecei após descobrir a doença

7) Com relação à sua religião/doutrina/seita/crença, você se considera.

1() Ateu (não acredita em Deus). 2() Sem religião, mas espiritualizado (acredita em Deus). 3() Católico. 4() Protestante. 5() Evangélico. 6() Espírita. 7() Budista. 8() Umbandista. 9() Muçulmano. 10() Judeu. 11() Outro. Especifique: _____

8) Alguma vez você mudou de religião/doutrina/crença ao longo da vida?

1() Não 2() Sim, mudei de _____ para _____

9) Quão importante tem sido a religião/espiritualidade para lidar com os fatores estressantes atuais de sua vida?

1() Não é importante. 2() Um pouco importante. 3() Relativamente importante.

4() Importante. 5() Muito importante

10) Quanto tempo você dedica para atividades religiosas privativas, como oração, meditação ou estudo de livros sagrados (tipo Bíblia, Talmud, Alcorão, etc.) ou outros livros de caráter religioso?

1() Nunca. 2() Raramente. 3() Uma vez por ano. 4() Uma vez ao mês. 5() Uma vez na semana. 6() Duas a três vezes na semana. 7() Uma vez ao dia.

8() Mais de uma vez ao dia.

11) Independentemente de você freqüentar ou não encontros de natureza religiosa,quão importante é a religião para você?

1() Não é importante. 2() Um pouco importante. 3() Relativamente importante.

4() Importante. 5() Muito importante.

12) O quanto a religião/espiritualidade tem lhe ajudado a manejar ou enfrentar as situações estressantes que você vive/viveu?

1() Não tem ajudado. 2() Tem ajudado pouco. 3() Tem ajudado mais ou menos. 4() Tem ajudado. 5() Tem ajudado muito.

13) Pense em si mesmo, no modo como você tem se modificado em função do(s) evento(s) estressante(s) que você viveu e responda qual seu grau de concordância com as seguintes frases: "Eu tenho crescido espiritualmente".

1() Não tenho crescido. 2() Tenho crescido um pouco. 3() Tenho crescido mais ou menos. 4() Tenho crescido. 5() Tenho crescido muito.

14) Considerando seu corpo e sua mente, responda as perguntas abaixo:

Como você avalia a sua saúde?

1() Muito ruim. 2() Fraca. 3) Nem ruim, nem boa. 4() Boa. 5()Muito boa.

15) Você se considera:

1 () Saudável 2 () Doente. _____

16) Comorbidades:

1()Hipertensão. 2()Diabetes. 3()Obesidade.

17) Hábitos Modificáveis:

1 ()Não tabagista. 2() Ex-tabagista. 3() Alcoolismo. 4() Não Alcoolismo.

ANEXO A- Índice de Religiosidade da Universidade Duke (Moreira-Almeida, 2008)**1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ANEXO B. Escala de Coping Religioso-Espiritual Abreviada – Escala CRE-BREVE ESCALA CRE-BREVE
ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL ABREVIADA (Panzini& Bandeira, 2005)**

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com os problemas em sua vida, como: estresse, doenças, cirurgias entre outros, que quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você. Neste momento, pense na situação de maior gravidade que você viveu nos **últimos três anos**.

Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de difícil manejo do estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo: **Tentei dar sentido à situação através de Deus.**

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou **nem um pouco** dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número **(1)**

Se você tentou **um pouco**, circule o **(2)**

Se você tentou **mais ou menos**, circule o **(3)**

Se você tentou **bastante**, circule o **(4)**

Se você tentou **muitíssimo**, circule o **(5)**

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida (1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material (1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Pensei que Deus não existia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Questionei se até Deus tem limites

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Pedi perdão pelos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo 101

49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

ANEXO C- Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja **o mais sincero possível**. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

1) aflito	1 2 3 4 5	29) entusiasmado	1 2 3 4 5
2) alarmado	1 2 3 4 5	23) assustado	1 2 3 4 5
3) amável	1 2 3 4 5	24) dinâmico	1 2 3 4 5
4) ativo	1 2 3 4 5	25) engajado	1 2 3 4 5
5) angustiado	1 2 3 4 5	26) produtivo	1 2 3 4 5
6) agradável	1 2 3 4 5	30) desanimado	1 2 3 4 5
7) alegre	1 2 3 4 5	31) ansioso	1 2 3 4 5
8) apreensivo	1 2 3 4 5	32) indeciso	1 2 3 4 5
9) preocupado	1 2 3 4 5	33) abatido	1 2 3 4 5
10) disposto	1 2 3 4 5	34) amedrontado	1 2 3 4 5
11) contente	1 2 3 4 5	35) aborrecido	1 2 3 4 5
12) irritado	1 2 3 4 5	36) agressivo	1 2 3 4 5
13) deprimido	1 2 3 4 5	37) estimulado	1 2 3 4 5
14) interessado	1 2 3 4 5	38) incomodado	1 2 3 4 5
15) entediado	1 2 3 4 5	39) bem	1 2 3 4 5
16) atento	1 2 3 4 5	40) nervoso	1 2 3 4 5
17) transtornado	1 2 3 4 5	41) empolgado	1 2 3 4 5
18) animado	1 2 3 4 5	42) vigoroso	1 2 3 4 5
19) determinado	1 2 3 4 5	43) inspirado	1 2 3 4 5
20) chateado	1 2 3 4 5	44) tenso	1 2 3 4 5
21) decidido	1 2 3 4 5	45) triste	1 2 3 4 5
22) seguro	1 2 3 4 5	46) agitado	1 2 3 4 5

27) impaciente	1 2 3 4 5	47) envergonhado	1 2 3 4 5
28) receoso	1 2 3 4 5		

Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1	2	3	4	5
Discordo plenamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo plenamente

48. Estou satisfeito com minha vida	1	2	3	4	5
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida	1	2	3	4	5
50. Avalio minha vida de forma positiva	1	2	3	4	5
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal	1	2	3	4	5
52. Mudaria meu passado se eu pudesse	1	2	3	4	5
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida	1	2	3	4	5
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim	1	2	3	4	5
55. Gosto da minha vida	1	2	3	4	5
56. Minha vida está ruim	1	2	3	4	5
57. Estou insatisfeito com minha vida	1	2	3	4	5
58. Minha vida poderia estar melhor	1	2	3	4	5
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida	1	2	3	4	5
60. Minha vida é "sem graça"	1	2	3	4	5
61. Minhas condições de vida são muito boas	1	2	3	4	5
62. Considero-me uma pessoa feliz	1	2	3	4	5

Fonte: Marques *et al.*, (2009)

Anexo D- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca