

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

CRISLÂINE ANDRADE BORGES

***COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES
EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO
MIOCÁRDIO**

São Luís

2017

CRISLÂINE ANDRADE BORGES

***COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM
PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina
da Universidade Federal do Maranhão
para obtenção do Grau de Médico

Orientador: Prof. Dr. José Albuquerque de
Figueiredo Neto

Coorientadora: Joana Kátya Veras Rodrigues
Sampaio Nunes

São Luís
2017

Andrade Borges, Crislaine.

Coping Religioso/Espiritual, Depressão e Ansiedade em pacientes em pré-operatório de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio / Crislaine Andrade Borges. - 2017.

41 p.

Coorientador(a): Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes.

Orientador(a): José Albuquerque de Figueiredo Neto. Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Ansiedade. 2. Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. 3. Coping Religioso/Espiritual. 4. Depressão. I. Albuquerque de Figueiredo Neto, José. II. Veras Rodrigues Sampaio Nunes, Joana Kátya. III. Título.

CRISLÂINE ANDRADE BORGES

***COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM
PACIENTES EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Artigo apresentado ao Curso de Medicina
da Universidade Federal do Maranhão
para obtenção do Grau de Médico

Orientador: Prof. Dr. José Albuquerque de
Figueiredo Neto

Coorientadora: Joana Kátya Veras Rodrigues
Sampaio Nunes

Aprovado em:/...../.....

BANCA EXAMINADORA:

Orientador

1º Examinador

2º Examinador

3º Examinador

São Luís, _____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho de conclusão de curso ao meu esposo Harley por acreditar em mim e não medir esforços para a realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ter me concedido coragem e força para lutar por esse sonho.

À minha querida mãe, exemplo de Fé e Determinação, por estar sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Ao meu orientador Professor Albuquerque, exemplo de profissionalismo e humanidade, por ser meu guia durante o curso de medicina e uma fonte de inspiração para minha carreira médica.

Ao meu amigo e conterrâneo Vinícius e à professora Joana pela generosidade, disponibilidade e paciência.

À minha querida Liga de Transplante e Insuficiência Cardíaca (LATIC) por todos os momentos vividos, oportunidades e amizades.

Aos meus professores da Universidade Federal do Maranhão e do Hospital Universitário Presidente Dutra por todo aprendizado e contribuição para minha formação médica.

“Pedi e se vos dará. Buscai e achareis. Batei e vos será aberto. Porque todo aquele que pede, recebe. Quem busca, acha. A quem bate, abrir-se-á.”

Mateus 7:7-9

***COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL, DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PACIENTES
EM PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO
MIOCÁRDIO**

RELIGIOUS/ SPIRITUAL COPING, DEPRESSION AND ANXIETY IN PATIENTS IN
PRE-OPERATIVE OF CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY

José Albuquerque de Figueiredo Neto¹
Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes²
Crislaine Andrade Borges³

-
1. Professor Associado Doutor da Universidade Federal do Maranhão- jafneto@terra.com.br
 2. Professora da Universidade CEUMA- iap_psy@ig.com.br
 3. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão- crislaineandrade10@gmail.com

RESUMO

Fundamento: A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é uma situação potencialmente estressante que pode levar à depressão e ansiedade com aumento da morbimortalidade. Estudos sugerem impacto da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) no prognóstico pós-operatório desses pacientes a depender da estratégia de enfrentamento utilizada. **Objetivos:** Avaliar a utilização da R/E como estratégia de enfrentamento (*Coping* religioso-espiritual) e sua relação com níveis de depressão e ansiedade em pacientes no pré-operatório para CRM. **Métodos:** Estudo analítico transversal com paciente, de 18 a 70 anos, com doença arterial coronariana em pré-operatório de CRM. Coletou-se dados sociodemográficos. O *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) foi avaliado pela escala de *Coping* Religioso/Espiritual Breve. A depressão foi avaliada por meio do Inventário de Depressão de Beck- segunda edição e a ansiedade por meio do *Beck Anxiety Inventory*. A análise estatística foi procedida no Stata 14.0, sendo aplicados ANOVA e teste de Shapiro- Wilk para análise de normalidade. Fixou-se uma significância inferior a 5%. **Resultados:** 33 indivíduos foram avaliados, 54,6% (homens), 39,4% (idosos), de baixa escolaridade (78,9%) e renda (69,7%), 71,9% acreditam que a religião é importante em situações de estresse e utilizaram estratégias de CRE positivas. Na amostra, 27,2% apresentaram algum grau de depressão e 45,3% ansiedade. Houve associação significativa entre CRE negativo e depressão. Não houve correlações estatisticamente significativas entre ansiedade e CRE. **Conclusão:** A Religiosidade/Espiritualidade foi utilizada como *Coping* positivo. Houve associação entre depressão e *Coping* negativo. A ansiedade não foi associada a nenhuma estratégia específica de CRE.

Palavras chave: *Coping* religioso espiritual. Cirurgia Cardiovascular. Depressão. Ansiedade

ABSTRACT

Introduction: Coronary Artery Bypass Surgery is a potentially stressful situation that can lead to depression and anxiety with increase morbimortality. Studies suggest the impact of Religion/Spirituality (R/S) on the post-operative prognosis of these patients depending on the coping strategy used. **Objective:** Evaluate the use of Religion/Spirituality as a strategy coping (religious coping) and its relationship with levels of depression and anxiety in preoperative patients of coronary artery bypass surgery. **Methods:** Analytical cross-sectional study with patient from 18 to 70 years of age, with coronary artery disease in the preoperative of coronary artery by-pass surgery. Sociodemographic data were collected. The Religious/Spiritual Coping (SRC) was evaluated by the Brief Spiritual/Religious Coping Scale. Depression was assessed using the Beck Depression Inventory - Second Edition and anxiety by Beck Anxiety Inventory. Statistical analysis was performed in Stata 14.0, using ANOVA and Shapiro-Wilk test for normality analysis. A significance of less than 5% was set. **Results:** 33 individuals was evaluation, 54.6% (men) , 39.4% (elderly), low schooling (78.9%) and income (69.7%), 71.9% believe that religion is important in stress situations and used positive Religious/Spiritual coping strategies. In the sample, 27.2% had some degree of depression and 45.3% had anxiety. There was a significant association between negative CRE and depression. There was no statistically significant correlations between anxiety and R / E coping strategies. **Conclusion:** Religiosity/ Spirituality was used as a positive coping. There was an association between depression and negative coping. Anxiety was not associated with any specific strategy of religious / spiritual coping.

Keywords: Religious/Spiritual Coping. Cardiovascular Surgery. Depression. Anxiety

SUMÁRIO

1 Introdução	12
2 Metodologia.....	14
3 Resultados.....	17
4 Discussão.....	22
5 Conclusão.....	27
Referências bibliográficas.....	28
Anexo I Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa.....	31
AnexoII Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	32
Anexo III Questionário Geral.....	33
Anexo IV Escala <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Breve.....	34
Anexo V Inventário de Depressão de Beck- Segunda Edição.....	38
Anexo VI Inventário de Ansiedade de Beck.....	41

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é uma das cirurgias mais realizadas no mundo, sendo indicada para pacientes sintomáticos refratários ao tratamento clínico ou com lesões coronarianas severas, múltiplas ou difusas não passíveis de correção por procedimentos percutâneos e farmacológicos¹.

Para os pacientes, a CRM é um evento potencialmente estressante, que gera sentimentos ambíguos de expectativa de melhora da condição física e medo da morte, preocupações com adiamento/espera pela cirurgia e recuperação pós-operatória sendo esses sentimentos capazes de induzir estados de humor alterados, como depressão e transtornos de ansiedade, com impacto na morbidade e mortalidade²⁻⁸.

Estudos mostram a influência da Religiosidade/Espiritualidade (R/E) sobre a saúde mental ao prover recursos para o enfrentamento de situações estressantes, fornecer significado e propósito para a ocorrência desses eventos e, conseqüentemente, reduzir a probabilidade de depressão e ansiedade⁹.

Por outro lado, o uso da R/E como forma de enfrentamento pode se dar de maneira negativa, como o questionamento do amor divino e redefinição do estressor como punição de Deus, relacionando-se ao sofrimento pós-operatório, maior tempo de internação hospitalar e maior risco de mortalidade^{10,11}.

Estudo prospectivo sobre estilos de enfrentamento religioso (*Coping* Religioso) e influência da religiosidade na redução da angústia psicológica pós-operatória em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca mostrou que a religiosidade contribuiu para formas de enfrentamento religioso positivas ao reduzir a ansiedade e depressão através de fatores seculares como esperança e apoio social. No entanto, enfrentamento religioso negativo esteve diretamente associado com depressão e ansiedade tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório¹².

Em meta-análise de Ano e Vasconcelles¹³ sobre a relação de estratégias de enfrentamento utilizando a R/E e adaptação psicológica ao estresse revelou que pacientes que utilizam estratégias de enfrentamento religioso positivas apresentam maior crescimento relacionado ao estresse, com maior autoestima, afeto e espiritualidade enquanto que, os que utilizaram estratégias de enfrentamento religioso negativas apresentaram mais depressão, angústia e ansiedade.

O objetivo deste estudo foi avaliar a utilização da R/E como estratégia de enfrentamento (*Coping* religioso), bem como a relação entre *Coping* religioso, níveis de depressão e ansiedade

em pacientes no pré-operatório para Revascularização do Miocárdio (RM), na cidade de São Luís-MA.

2 METODOLOGIA

Estudo transversal analítico com 33 pacientes em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio no Hospital Universitário/Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) no município de São Luís, Maranhão, Brasil, entre março de 2014 a julho de 2016.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa HUUFMA de acordo com a Resolução n°466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, conforme número de parecer 739.377/2014.

Os pacientes foram avaliados por conveniência, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), na medida em que foram diagnosticados com doença arterial coronariana, e encaminhados ao procedimento cirúrgico.

Selecionou-se pacientes entre 18 e 70 anos de idade, que não possuíam doença crônica que limitasse a participação ou expectativa de vida (câncer, Alzheimer, acidente vascular encefálico, demência, transtornos cognitivos, entre outras), outros transtornos psiquiátricos que impedissem a compreensão/comunicação durante a entrevista, e aqueles que não concordassem em assinar o termo de consentimento. Além destes, não se incluiu indivíduos que participassem em outras pesquisas semelhantes nos últimos seis meses.

Uma entrevista com aplicação de instrumentos auto-aplicáveis e também aplicados pelo entrevistador foi procedida, durante um período aproximado de 50 minutos.

Foram utilizados instrumentos já validados. Coletou-se variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele autodeclarada, situação conjugal, ocupação, renda familiar e escolaridade), antecedentes clínicos, hábitos de vida e caracterização religiosa-espiritual.

Para avaliar a religiosidade aplicou-se a escala *Coping* Religioso-Espiritual Breve (CRE), validada para o Brasil por Panzini e Bandeira¹⁴. Esta escala é composta por questões que compreendem aspectos negativos e positivos do uso da R/E possibilitando, de acordo com as respostas, identificar a predominância de uma ou de outra.

As respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos (1 – nem um pouco a 5 – muitíssimo). 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 (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) de *coping* positivos e 15 itens (questões 3, 7, 9, 11, 13, 19, 22, 23, 28, 32, 33, 37, 41, 44, 48) de *coping* negativos, totalizando 49 itens.

Os fatores que compõem os itens de *coping* positivo são sete: P1 - Transformação de si e/ou de sua vida; P2 – Posicionamento positivo frente a Deus; 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 e 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 e N4 – Insatisfação com o outro institucional.

Assim sendo, a escala CRE-Breve possui 49 itens divididos em duas dimensões: CRE Positivo (CREP) e CRE Negativo (CREN). O CREP é composto de 34 itens e 6 fatores (exceto P5), enquanto o CREN é composto de 15 itens e quatro fatores.

Para a análise dos pacientes através da escala CRE foram criados índices através de análises fatoriais, da seguinte maneira: CRE positivo é obtido pela média dos 34 itens da dimensão CREP, o CRE negativo obtido pela média dos 15 itens que compõem a dimensão CREN.

O CRE TOTAL: indica a quantidade total de CRE's praticado pelo paciente, 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 dos índices básicos.

Os seguintes dados são utilizados para a análise do CRE – Breve: resultados de 1 a 5 para a utilização de CRE (nenhuma ou irrisória (1,00 a 1,50); baixa (1,50 a 2,50); média (2,51 a 3,5); alta (3,51 a 4,5); altíssima (4,51 a 5,00).

O inventário de Depressão de Beck – Segunda Edição (BDI-II) é um instrumento de auto- aplicação composto por 21 itens, com objetivo de medir a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. Avalia os sintomas correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos descritos. O BDI-II constitui uma revisão do BDI original. Cada item é pontuado segundo uma escala de 0 a 3, sendo o total máximo 63. O ponto de corte é 13, variando de 0-3 (mínimo); 14-19 (leve); 20-28 (moderado); 29-63 (grave)¹⁵.

O BAI (Beck Anxiety Inventory) de Beck et al.¹⁶ é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade, que são compartilhados de forma mínima com os da depressão. Constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, numa escala de 0 a 3 pontos. A soma dos escores pode variar de 0 a 63 que refletem níveis de intensidade de gravidade crescente de cada sintoma. A classificação recomendada é de 0-7 (mínima); 8 a 15 (leve); 16 a 25 (moderada) e de 26 a 63 (grave)¹⁷.

Os dados foram tabulados através do Microsoft Office Excel 2010[®] e analisados pelo programa estatístico Stata (14.0)[®]. As variáveis categóricas são descritas em tabelas com frequências absolutas e relativas e as contínuas através de medidas de posição (mínimo e máximo), médias, desvio-padrão e *boxplots*. Foi realizada a análise de normalidade por meio do teste de Shapiro- Wilk. Para analisar a distribuição de variáveis contínuas entre os testes foi aplicado ANOVA. Fixou-se um nível de significância alfa inferior a 5%.

3 RESULTADOS

Dos 33 avaliados, 54,6% eram homens, idosos (39,4%), de baixa escolaridade (78,9%) e renda (69,7%), casados (54,6%). Dentre os avaliados: 63,6% eram hipertensos, 45,5% eram diabéticos, 48,5% etilistas e apenas 6,1% tabagistas (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes em pré-cirurgia de revascularização do miocárdio. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Homens	18 (54,6)
Mulheres	15 (45,4)
Idade (anos)	
Até 59	12 (36,4)
60 a 69	13 (39,4)
70 ou mais	8 (24,2)
Escolaridade	
Baixa escolaridade	26 (78,9)
Escolaridade intermediária	5 (15,1)
Ensino superior	2 (6,1)
Renda (salários mínimos)	
Até 1	23 (69,7)
2 a 3	6 (18,2)
Mais de 3	4 (12,1)
Estado civil	
Solteiro	7 (21,2)
Casado	18 (54,6)
Viúvo	8 (24,2)
Hábitos e Comorbidades	
Hipertensão	21 (63,6)
Diabetes Mellitus	15 (45,5)
Etilista	16 (48,5)
Tabagista	2 (6,1)
Total	33 (100,0)

Na caracterização religiosa-espiritual, mais de 90% dos avaliados acreditavam em Deus, e também sempre acreditaram. Prevaleram católicos (63,7%), indivíduos que já mudaram de crenças (59,4%), que acreditaram que a religião é muito importante frente a situações de estresse e doenças (71,9%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização religiosa-espiritual de pacientes em pré-cirurgia de revascularização do miocárdio. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.

Variáveis	N (%)
Você acredita em Deus?	
Sim	32 (97,0)
Não	1 (3,0)
Tempo de crença	
Sempre acreditei	31 (94,4)
Há 1 ano	1 (3,0)
Não acredita	1 (3,0)
Grupo religioso	
Sem religião	1 (3,0)
Católico	21 (63,7)
Evangélico	11 (33,3)
Mudança de crença	
Sim	19 (59,4)
Não	13 (40,6)
Importância da religião frente estresse	
Não é importante	1 (3,1)
Um pouco importante	3 (9,4)
Importante	5 (15,16)
Muito importante	23 (71,9)
Frequência Igreja/Templo?	
Nunca ou raramente	8 (25,0)
Uma a duas vezes ao mês	6 (18,7)
Uma vez por semana	8 (25,0)
Mais de uma vez por semana	10 (31,3)
Total	33 (100,0)

Comparando as médias entre os fatores, o positivo obteve a maior média (3,1) enquadrando-se no escore de utilização de CRE considerado médio da escala, enquanto o negativo obteve (2,0), enquadrando-se no escore considerado baixo. A média dos valores de CRE total foi de (3,54), refletindo um escore alto, o que significa que os pacientes utilizam da estratégia do CRE para lidar com o estresse gerado pela CRM (Tabela 3).

Tabela – 3 Distribuição das Médias dos Fatores do CRE- Breve de pacientes em pré-cirurgia de revascularização do miocárdio. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.

Fatores	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	IC para média (95%)	
						Inf	Sup
Positivo	33	2,20	4,20	3,10	0,47	2,94	3,26
Negativo	33	1,10	2,80	2,00	0,34	1,88	2,12
Negativo invertido	33	3,20	4,93	3,98	0,34	3,97	4,09
Total	33	2,70	4,46	3,54	0,40	3,40	3,67
Razão	33	0,50	0,66	0,64	0,72	0,63	0,65

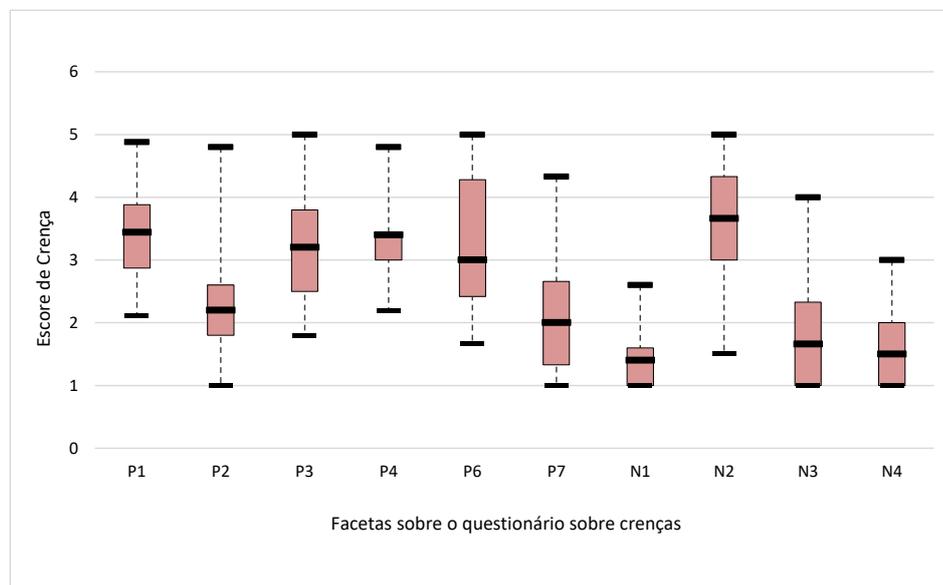
Em relação à média dos fatores positivos e negativo que compõem o instrumento CRE, o que obteve a maior média no fator positivo foi P1- Transformação de si e/ou de sua vida (3,41) e no fator negativo a N2- Posicionamento negativo frente a Deus (3,6) (Tabela 4 e Gráfico 1).

Tabela 4 – Distribuição das médias entre os Fatores Positivos e Negativos do CRE-Breve em pacientes em pré-cirurgia de revascularização do miocárdio. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.

Fatores	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	IC para média (95%)	
						Inf	Sup
P1 - Transformação de si e/ou de sua vida	33	2,11	4,88	3,41	0,26	3,15	3,67
P2 –Ações em busca de ajuda espiritual	33	1,00	4,80	2,24	0,78	1,97	2,50

P3 - Oferta de ajuda a outro	33	1,80	5,00	3,2	0,94	2,88	3,52
P4 – Posicionamento positivo frente a Deus	33	2,2	4,8	3,3	0,62	3,09	3,51
P6 – Ações em busca do outro institucional	33	1,66	5	3,28	0,98	2,95	3,61
P7 – Busca pessoal de conhecimento espiritual	33	1	4,33	2,1	0,86	1,81	2,39
N1 - Reavaliação negativa de Deus	33	1	2,6	1,46	0,45	1,31	1,61
N2 – Posicionamento negativo frente a Deus	33	1,5	5,00	3,6	0,94	3,28	3,92
N3 – Reavaliação negativa do significado	33	1	4,00	1,92	1,02	1,57	2,27
N4 – Insatisfação com o outro institucional	33	1	3	1,6	0,63	1,39	1,81

Gráfico 1 – Frequência dos Fatores X Escores do CRE – Breve em pacientes em pré- cirurgia de revascularização do miocárdio. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.



Dos 33 avaliados, 27,2% apresentaram algum grau de depressão, e 45,3% algum grau de ansiedade. Não houve associação estatisticamente significativa ($p>0,05$) entre *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) positivo e depressão, havendo maior frequência de indivíduos com CRE positivo médio (54,5%), sendo mais expressivas em indivíduos com depressão e ansiedade moderadas (60%, cada). Houve associação estatisticamente significativa ($p=0,032$) entre CRE negativo e depressão, sendo que 69,8% apresentaram CRE negativo médio, entre os indivíduos com depressão moderada, 60% apresentaram baixo CRE negativo. A ansiedade não apresentou associação estatisticamente significativa com CRE positivo e negativo (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre a Escala de *Coping* Religioso – Espiritual Breve (CRE) positivo e negativo em pacientes em pré-cirurgia de revascularização do miocárdio de acordo com escalas de depressão e ansiedade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.

Escore	Total N (%)	CRE – Positivo			Valor de p
		Baixa	Média	Alta	
Inventário de Depressão (BDI)					
Sem depressão	24 (72,8)	6 (25,0)	12 (50,0)	6 (25,0)	0,985
Depressão leve	4 (12,1)	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Depressão moderada	5 (15,1)	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	
Inventário de Ansiedade (BAI)					0,830
Sem ansiedade	18 (54,7)	4 (22,2)	9 (50,0)	5 (27,7)	
Ansiedade leve	10 (30,2)	2 (20,0)	6 (60,0)	2 (20,0)	
Ansiedade moderada	5 (15,1)	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	
Total		7 (21,2)	18 (54,5)	8 (24,3)	
Escore	Total N (%)	CRE – Negativo			Valor de p
		Baixa	Média	Alta	
Inventário de Depressão (BDI)					0,032
Sem depressão	24 (72,8)	2 (8,3)	19 (79,2)	3 (12,5)	
Depressão leve	4 (12,1)	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Depressão moderada	5 (15,1)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	
Inventário de Ansiedade (BAI)					0,090
Sem ansiedade	18 (54,7)	1 (5,6)	16 (88,8)	1 (5,6)	
Ansiedade leve	10 (30,2)	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	
Ansiedade moderada	5 (15,1)	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	
Total		5(15,1)	23(69,8)	5 (15,1)	

4 DISCUSSÃO

O uso da religiosidade/espiritualidade como estratégia de enfrentamento de situações estressantes tem sido foco de diversos estudos que buscam compreender de que forma os pacientes utilizam esse recurso para adaptação psicológica.

Este estudo analisou a utilização do *coping* religioso/espiritual como estratégia de enfrentamento em pacientes em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com ansiedade e depressão. Também foram avaliadas as variáveis sociodemográficas como idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade, hábitos e comorbidades.

Foram avaliados 33 pacientes, com maior proporção de homens, idosos, de baixa escolaridade e renda, com elevada frequência de morbidades e etilismo.

Estudo conduzido em hospital de grande complexidade em São Luís - MA com pacientes a serem submetidos a RM, identificou resultados similares com maior frequência de homens (68,5%), idosos (54,2%), de baixa escolaridade (23,1%), com companheiro (75,7%), hipertensos (87,1%) e diabéticos (44,2%)¹⁸.

Kaufman et al.¹⁹ em pesquisa de coorte em um hospital especializado em cirurgia cardíaca no Rio de Janeiro (Brasil) com pacientes submetidos a CRM encontrou um perfil sociodemográfico semelhante: (67,3%) homens, idade média de 61,2 anos, (88,3%) hipertensos, (32,9%) diabéticos, (56,6%). Todavia, foi encontrado um tabagismo prévio (15,4%) maior que observado no presente estudo (6,1%).

Os dados sociodemográficos observados neste estudo corroboram com a literatura a respeito de uma maior frequência de doença arterial coronariana entre homens, idosos, hipertensos e diabéticos^{18,19}.

Em relação à religiosidade/espiritualidade, a maioria dos pacientes afirmou uma crença em Deus, com mudança de religião/crença e que acreditam que a religião é muito importante frente a situações de estresse.

No Brasil, a religião assume papel significativo socioculturalmente, 83% da população afirmam que a religião é parte importante em na sua vida diária e 37% frequentam um serviço religioso pelo menos uma vez por semana²⁰. A vasta maioria das pesquisas indica que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental²¹. Em pacientes submetidos a cirurgias cardíacas a R/E esteve associada a menor estresse psicológico, depressão, ansiedade e complicações no pós-operatório^{22,23}.

Em nosso estudo, quase um terço dos avaliados possuía algum grau de depressão e mais de 40% algum grau de ansiedade.

Pinton et al.²³ em estudo com pacientes internados para a realização de CRM encontrou um escore de depressão leve a moderada em 20,7% da amostra e associação de sintomas depressivos e complicações no pós-operatório imediato e tardio.

Estudo de prevalência estimam níveis altos de depressão em pacientes submetidos a CRM, cirurgia valvar, angioplastia e angina instável²⁵. Pacientes com doença cardíaca apresentam mais depressão em relação à pacientes com outras comorbidades (9,3% X 4,8%) com base em dados da *National Health Interview Survey* com 30.801 indivíduos²⁶.

Ademais, a depressão está associada a um pior prognóstico em indivíduos com doença arterial coronariana (DAC), sendo que esse efeito mostra uma relação dose-resposta, ou seja, quanto maior a gravidade da depressão, mais grave e precoces são os eventos cardíacos²⁷. Isso justifica o rastreio de rotina de depressão e tratamento em pacientes ambulatoriais e internados, como medida de impacto em seu estado de saúde segundo recomendações da *American Heart Association*²⁸.

Em relação à ansiedade, estudo nacional identificou uma incidência de 59,4% de ansiedade mínima e 19,8% grave em pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca²⁹. Em pacientes em pré-cirurgia de CRM os níveis de ansiedade são altos devido à espera pelo procedimento cirúrgico e o medo de morrer, se manifestando por vezes como sintomas autonômicos, exacerbando sintomas de DAC³⁰.

Tully et al.⁶ em estudo retrospectivo sobre a associação entre depressão, ansiedade e mortalidade pós CRM mostrou que a ansiedade pré-operatória foi associada a maior mortalidade por todas as causas (OR=1,88; IC 95%:1,12-3,17), independente de idade, doença renal, procedimento valvar concomitante, doença cerebrovascular e doença vascular periférica. Neste mesmo estudo, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e não depressão maior relacionou-se com eventos agudos de morbidade intra-hospitalar como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência renal.

Essas pesquisas evidenciam que não somente a depressão, mas também outras desordens psiquiátricas estão relacionadas a complicações no pós-cirúrgico, exigindo atenção da equipe médica para sua identificação e tratamento adequado.

A escala de *Coping Religioso/Espiritual* (CRE), pode ajudar na avaliação espiritual do paciente e auxiliar no planejamento de intervenções psicoespirituais, enfocando no processo de enfrentamento da Religiosidade/Espiritualidade.

O conceito de enfrentamento (*coping*) segundo Lazarus e Folkman³¹ foi definido como estratégias desenvolvidas para enfrentar situações de estresse. É um esforço cognitivo e comportamental realizado para dominar, tolerar ou reduzir as demandas internas e externas e o conflito entre elas.

Pargament³² conceitua a utilização da religiosidade/espiritualidade ou fé para situações de estresse em momentos de crise como *coping* religioso/espiritual (CRE). Por sua vez, envolve os domínios cognitivo, comportamental, interpessoal e espiritual, bem como apresenta variações em sua forma, determinados pela experiência individual³³.

Assim, em relação aos resultados, pode-se classificar as estratégias de CRE em positivas e negativas. O CRE positivo abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico/positivo ao praticante, como procurar amor/proteção de Deus, buscar ajuda/conforto na literatura religiosa, buscar perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar dos outros. O CRE negativo envolve o uso de estratégias que geram consequências prejudiciais/negativas ao indivíduo, como questionar existência, amor ou atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas ou redefinir o estressor como punição divina ou forças do mal etc.³⁴.

Neste estudo, os pacientes utilizaram da estratégia CRE para manejar o estresse da CRM com CRE Total (3,54). A Razão CREN/CREP mostra quanto os pacientes utilizaram o CRE negativo em relação ao CRE positivo. Nesta amostra houve um balanço positivo, ou seja, aproximadamente 2CREN:3CREP, traduzidos em uma Razão= 0,64 conforme sugerido por Panzini³⁵.

Analisando a média dos fatores positivos e negativos (Tabela 4) separadamente que compõe o instrumento em questão, o fator P1 (positivo) - Transformação de si e/ou de sua vida obteve a maior média 3,41 (dp=0,26). Este fator é composto pelas seguintes questões: Q8- *Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida*, Q16- *Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida*; Q20- *Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos*; Q21- *Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus*; Q-29- *Procurei por um total redespertar espiritual*; Q35 *Pedi perdão pelos meus erros*; Q47- *Tentei mudar meu caminho de vida seguir um novo, o caminho de Deus*; Q49- *Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude*.

Os dados demonstram que os pacientes possuem um posicionamento positivo, com busca de transformação pessoal, por meio da revisão das próprias atitudes, seguido de comportamentos que estejam de acordo com sua crença religiosa/espiritual.

Em relação aos fatores negativos, o que obteve a maior média foi o fator N2- Posicionamento negativo frente a Deus com média 3,6 (dp= 0,94). Este fator é composto pelas

seguintes questões: Q3- *Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim*; Q22- *não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora*; Q41- *Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle*.

A escala de reposta do fator negativo deve ser analisada de forma invertida, portanto, os pacientes em pré-cirurgia RM possuem pouco posicionamento negativo frente a Deus, ou seja, no enfrentamento da situação eles tomam para si e não unicamente a Deus o controle da situação.

Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de CRE positivo que negativo³⁴. Nosso estudo mostrou que os pacientes utilizam mais esta forma de enfrentamento, corroborando a literatura.

Em relação às possíveis associações entre as formas de enfrentamento e saúde mental, encontramos uma associação estatisticamente significativa ($p=0,032$) entre o CRE negativo e a depressão, isto pode demonstrar que o paciente considera a religião/fé como algo positivo (CRE positivo), mas ao adoecer, o paciente pode vê-la, não como ajuda, mas como punição.

O *coping* pode estar associado tanto a estratégias orientadas para o problema quanto para a emoção. A primeira busca resolutividade por meio de ações no ambiente ou em algum aspecto do “self” com significação para a situação enquanto que, a segunda, direciona ações para reduzir os aspectos negativos do estressor por meio de esforços como distanciamento, recusa e atenção selecionada que podem ajudar na reavaliação do significado da situação, porém não mudam diretamente o significado podendo, então, apresentar caráter não adaptativo³⁶.

Em estudo prospectivo de Pargament et al.¹¹, a maior frequência a igrejas/templos, foram associadas a menor risco de mortalidade (RR 0,87, IC 95%, 0,75-0,97, $X^2=5,67$; $P=0,02$) em pacientes idosos hospitalizados. Por outro lado, a luta espiritual foi um preditor significativo do aumento do risco de mortalidade (RR 1,06; IC 1,02-1,11; $X^2=9,04$; $P=0,01$), bem como dois fatores de descontentamento espiritual contidos no RCOPE-Breve: “ Perguntava se Deus havia me abandonado” e “Questionei o amor de Deus por mim”.

Resultados semelhantes foram encontrados por Contrada et al.¹⁰, em que crenças religiosas mais fortes associaram-se a menos complicações pós-cirurgia cardíaca e menor tempo de internação hospitalar, enquanto que, níveis elevados de depressão e maior envolvimento religioso previram maior tempo de internação.

Em estudo com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, o uso da R/E por meio da oração no pré-operatório esteve inversamente relacionado à depressão, enquanto que aqueles

que experimentam reverência em contextos religiosos eram mais propensos a relatar depressão no pós-operatório ³⁷.

Essas pesquisas mostram que a religiosidade pode exercer efeitos antagônicos a depender do grau de envolvimento que o indivíduo tem com sua própria crença. Indivíduos que possuem maior envolvimento religioso podem alimentar mais expectativa em relação ao divino e sua frustração leva ao questionamento, sensação de abandono e punição.

A associação entre *coping* negativo e depressão encontrada nesta pesquisa evidencia que o enfrentamento religioso/espiritual pode ser desadaptativo levando a alteração da saúde mental. No entanto, não podemos afirmar que há uma relação de causa-consequência entre ambas, pois a depressão pode ser anterior ao processo de internação. Neste caso, teríamos a influência de um transtorno de humor na forma de enfrentamento religioso/espiritual, com maior *coping* negativo e redução dos mecanismos de adaptação desse paciente frente a situações de estresse como a cirurgia de revascularização do miocárdio.

5 CONCLUSÃO

Neste estudo, a Religiosidade/Espiritualidade foi utilizada como estratégia de enfrentamento positiva (*Coping* positivo) em pacientes em pré-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. Houve associação entre depressão e *Coping* negativo. A ansiedade não foi associada a nenhuma estratégia específica de enfrentamento Religioso/Espiritual.

Limitações do estudo: Estudo transversal com baixo poder analítico

Relevância clínica: Estudo aborda tem com poucos dados na literatura nacional

Conflito de interesse: Declaro não haver conflitos de interesse pertinentes

Fonte de financiamento: O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica: Este artigo é parte da tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Maranhão da Doutoranda Joana Kátia Veras Rodrigues Sampaio Nunes.

REFERÊNCIAS

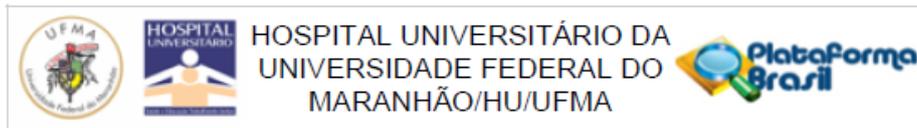
1. Alexander JH, Smith PK. Coronary-artery bypass grafting. *New England Journal of Medicine*. 2016; 374 (20): 1954-1964.
2. Baker RA, Andrew MJ, Schrader G, Knight JL. Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings. *ANZ journal of surgery*. 2001; 71 (3): 139-142.
3. Rymaszewska J, Kiejna A, Hadryś T. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *European Psychiatry*. 2003; 18 (4): 155-160.
4. Blumenthal JA, Lett, HS, Babyak M A, White, W, Smith, P K, Mark DB, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *The Lancet*. 2003; 362 (9384):604-609.
5. Pignay-Demaria V, Lespérance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault, LP. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *The Annals of thoracic surgery*. 2003; 75 (1): 314-321.
6. Tully PJ, Baker RA, Knight, John L. Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *Journal of psychosomatic research*. 2008; 64 (3):285-290.
7. Williams JB, Alexander KP, Morin JF, Langlois Y, Noiseux N, Perrault LP, Monette J. Preoperative anxiety as a predictor of mortality and major morbidity in patients aged > 70 years undergoing cardiac surgery. *The American journal of cardiology*. 2013; 111 (1):137-142.
8. Mendonça MBK, Andrade TM. Patient's perception about coronary artery bypass grafting. *Brazilian journal of cardiovascular surgery*. 2015; 30 (5): 544-551.
9. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN psychiatry*. 2012; 2012.
10. Contrada RJ, Goyal, TM, Cather C, Rafalson L, Idler EL, Krause TJ. Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: the impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychology*. 2004; 23 (3): 227.
11. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine*. 2001; 161 (15): 1881-1885.
12. Ai AL, Park CL, Huang B, Rodgers W, Tice TN. Psychosocial mediation of religious coping styles: A study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007.

13. Ano GG, Vasconcelles EB. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*. 2005; 61 (4): 461-480.
14. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em estudo*. 2005; 10 (3): 507-516.
15. Gorenstein C, Andrade LHS. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin*. 1998; 25 (5):245-50.
16. Beck AT, Steer RA. Beck anxiety inventory (BAI). *BiB* 2010. 1998; 54.
17. Gorenstein C, Andrade LHS. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian journal of medical and biological research*. 1996; 29 (4):453-457.
18. Janssen ADS, Azevedo PR, Silva LDC, Dias RS. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 2015; 16 (1):29-33.
19. Kaufman R, Kuschnir MCC, Xavier RMA, Santos, MA, Chaves RBM, Müller RE, Azevedo VMP. Perfil epidemiológico na cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev Bras Cardiol*. 2011; 24 (6): 369-76.
20. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2010; 37 (1):12-15.
21. Koenig HG. Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2001; 31 (1): 97-109.
22. 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. *Journal of behavioral medicine*. 2009; 32 (6):570-581.
23. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 2013; 28 (1):103-128.
24. Pinton FA, Carvalho CFD, Miyazaki MCDOS, Godoy MFD. Depression as a risk factor for early and late morbidity after coronary artery bypass surgery. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 2006; 21 (1):68-74.
25. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *European heart journal*. 2006; 27 (23):2763-2774.

26. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General hospital psychiatry*. 2007; 29 (5):409-416.
27. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis¹ ¹The full text of this article is available via AJPM Online at www.ajpm-online.net. *American journal of preventive medicine*. 2002; 23 (1):51-61.
28. Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, Frasere-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, Froelicher E. S. Depression and coronary heart disease. *Circulation*. 2008; 118(17):1768-1775.
29. Gonçalves KKN, da Silva JI, Gomes ET, de Souza Pinheiro LL, Figueiredo TR, da Silva Bezerra SMM. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm [Internet]*.2016; 69 (2):397-403.
30. Tully PJ, Baker RA. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *Journal of geriatric cardiology: JGC*.2012; 9 (2):197.
31. Lazarus RS, Folkman S. Cognitive appraisal processes. In: LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.p. 22-54.
32. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press; 2001.
33. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de psiquiatria clínica*. São Paulo. 2007; 34 (2 Supl):126-135.
34. Panzini RG, Rocha NSD, Bandeira DR, Fleck, MPDA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de psiquiatria clínica*. São Paulo. 2007; 34 (2 Supl):105-115.
35. Panzini RG. *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Porto Alegre. Dissertação[Mestre em Psicologia]- Universidade Federal do Rio Grande do Sul;2004.
36. Clark KK, Bormann CA, Cropanzano RS, James K. Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment*. 1995; 65 (3):434-455.
37. Ai AL, Ladd KL, Peterson C, Cook CA, Shearer M, Koenig HG. Long-term adjustment after surviving open heart surgery: The effect of using prayer for coping replicated in a prospective design. *The Gerontologist*. 2010; 50 (6):798-809.

ANEXOS

Anexo I- Aprovação no Comitê de de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COPING ESPIRITUAL NA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Pesquisador: Jose Albuquerque de Figueiredo Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30977613.1.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 739.377

Data da Relatoria: 04/07/2014

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a influência do Coping Religioso/Espiritual na saúde dos pacientes com Doença Arterial Coronariana, encaminhados para cirurgia eletiva de Revascularização do Miocárdio.

Objetivo Secundário:

- a) Delinear o perfil socioeconômico e clínico e espiritual;
- b) Analisar a percepção dos pacientes cardiopatas acerca da importância do suporte religioso e

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A investigação proposta possui valor científico e se mostra pertinente para promoção do interesse para futuras investigações nesta área por pesquisadores brasileiros, bem como propiciará conhecer as características religioso-espirituais e crenças antes e após a intervenção da cirurgia e do apoio do coping espiritual entre outros, conforme pontuado pelo pesquisador.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO por atender aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12). Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas à plataforma encaminhada ao CEP-HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em estudo clínico

Projeto de Pesquisa: **COPING ESPIRITUAL NA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO DE PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS-MARANHÃO**: Psicóloga: *Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes 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. 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 possui religião, todas essas pessoas podem contribuir com o nosso estudo. Caso você concorde e quando se sentir a 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 o 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 _____

Anexo III - 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 IV . 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 V- Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II)

Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) ARG.04.11

DATA _____

Nº _____

Nome: _____

Este questionário possui 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha **uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo hoje. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2 ou 3)**, correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. **Se mais de uma afirmação em grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo.** Verifique se **você não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alteração no padrão de sono) e o item 18 (alteração no apetite).**

Q1	TRISTEZA	Q12	PERDA DE INTERESSE
0	Não me sinto triste.	0	Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.
1	Eu me sinto triste grande parte do tempo.	1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2	Estou triste o tempo todo.	2	Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
3	Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.	3	É difícil me interessar por alguma coisa.
Q2	PESSIMISMO	Q13	INDECISÃO
0	Não estou desanimado (a) a respeito do meu futuro.	0	Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
1	Eu me sinto mais desanimado (a) a respeito do meu futuro do que de costume.	1	Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
2	Não espero que as coisas dêem certo para mim.	2	Tenho mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
3	Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.	3	Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.
Q3	FRACASSO PASSADO	Q14	DESVALORIZAÇÃO
0	Não me sinto um fracasso (a).	0	Não me sinto sem valor.
1	Tenho fracassado mais do que deveria.	1	Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo com antes.
2	Quando penso no passado vejo muitos fracassos.	2	Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
3	Sinto que como pessoa sou um fracasso total.	3	Eu me sinto completamente sem valor.
Q4	PERDA DE PRAZER	Q15	FALTA DE ENERGIA
0	Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.	0	Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
1	Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.	1	Tenho menos energia do que costumava ter.
2	Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.	2	Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
3	Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.	3	Não tenho energia suficiente para nada.
Q5	SENTIMENTO DE CULPA	Q16	ALTERAÇÕES NO PADRÃO DE SONO

0	Não me sinto particularmente culpado (a).	0	Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
1	Eu me sinto culpado (a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.	1a	Durmo um pouco mais do que o habitual.
2	Eu me sinto culpado (a) a maior parte do tempo	1b	Durmo um pouco menos do que o habitual.
3	Eu me sinto culpado (a) o tempo todo.	2a	Durmo muito mais do que o habitual.
Q6	SENTIMENTOS DE PUNIÇÃO	2b	Durmo muito menos do que o habitual.
0	Não sinto que estou sendo punido (a)	3a	Durmo a maior parte do dia.
1	Sinto que posso ser punido (a).	3b	Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.
2	Eu acho que serei punido (a).	Q17	IRRITABILIDADE
3	Sinto que estou sendo punido (a)	0	Não estou mais irritado (a) do que habitual.
Q7	AUTO-ESTIMA	1	Estou mais irritado (a) do que o habitual.
0	Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo (a).	2	Estou muito mais irritado (a) do que o habitual.
1	Peri a confiança em mim mesmo (a)	3	Fico irritado (a) o tempo todo.
2	Estou desapontado (a) comigo mesmo (a).	Q18	ALTERAÇÕES DE APETITE
3	Não gosto de mim.	0	Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
Q8	AUTOCRÍTICA	1a	Meu apetite está um pouco menor do que o habitual
0	Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.	1b	Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
1	Estou sendo mais crítico (a) comigo mesmo (a) do eu costumava ser.	2a	Meu apetite está muito menor do que antes.
2	Eu me critico por todos os meus erros.	2b	Meu apetite está muito maior do que antes.
3	Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.	3a	Não tenho nenhum apetite.
Q9	PENSAMENTOS OU DESEJOS SUICIDAS	3b	Quero comer o tempo todo
0	Não tenho nenhum pensamento de me matar.	Q19	DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO
1	Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria adiante.	0	Posso me concentrar tão bem quanto antes.
2	Gostaria de me matar.	1	Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
3	Eu me mataria se tivesse oportunidade.	2	É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo
Q10	CHORO	3	Eu acho que não consigo me concentrar em nada
0	Não choro mais do que chorava antes.	Q20	CANSAÇO OU FADIGA
1	Choro mais agora do que costumava chorar.	0	Não estou mais cansado (a) ou fatigado (a) do que habitual.
2	Choro por qualquer coisinha.	1	Fico cansado (a) ou fatigado (a) mais facilmente do que o habitual.
3	Sinto vontade de chorar, mas não consigo.	2	Eu me sinto muito cansado (a) ou fatigado (a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer

Q11	AGITAÇÃO		3	Eu me sinto muito cansado (a) ou fatigado (a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer
0	Não me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes.		Q21	PERDA DE INTERESSE POR SEXO
1	Eu me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes.		0	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
2	Eu me sinto tão inquieto (a) ou agitado (a) que é difícil ficar parado (a).		1	Estou menos interessado (a) em sexo do que costumava estar.
3	Estou tão inquieto (a) ou agitado (a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.		2	Estou menos interessado (a) em sexo agora.
			3	Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO VI - Beck Anxiety Inventory (BAI)

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado (a) por cada um dos sintomas durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “X” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

SINTOMAS		0	1	2	3
		Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas que pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
1	Dormência ou formigamento				
2	Sensação de calor				
3	Tremores nas pernas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo que aconteça o pior				
6	Atordoado ou tonto				
7	Palpitação ou aceleração do coração				
8	Sem equilíbrio / inseguro (a)				
9	Aterrorizado (a)				
10	Nervoso (a)				
11	Sensação de sufocação				
12	Tremores nas mãos				
13	Trêmulo (a)				
14	Medo de perder o controle				
15	Dificuldade de respirar				
16	Medo de morrer				
17	Assustado (a)				
18	Indigestão ou desconforto no abdômen				
19	Sensação de desmaio				
20	Rosto afogueado (rubor facial)				
21	Suor (não devido ao calor)				