

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

VINÍCIUS COSTA CARNEIRO

PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO:  
ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

São Luís  
2017

VINÍCIUS COSTA CARNEIRO

PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO:  
ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Artigo apresentado à coordenação do  
Curso de Medicina da Universidade  
Federal do Maranhão, para a obtenção  
do grau de Médico.

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

Co-orientadora: Profa. Ms. Joana Kátya  
Veras Rodrigues Sampaio Nunes

São Luís  
2017

Carneiro, Vinícius Costa.

Pré-operatório de Revascularização do Miocárdio:  
Espiritualidade, Religiosidade, Depressão e Ansiedade /  
Vinícius Costa Carneiro. - 2017.

42 p.

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

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

1. Ansiedade. 2. Cirurgia Cardiovascular. 3.  
Depressão. 4. Espiritualidade. 5. Pré-operatório. I.  
Figueiredo Neto, José Albuquerque de. II. Nunes, Joana  
Kátya Veras Rodrigues Sampaio. III. Título.

VINÍCIUS COSTA CARNEIRO

PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO :  
ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Artigo apresentado à coordenação do  
Curso de Medicina da Universidade  
Federal do Maranhão, para a obtenção  
do grau de Médico.

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

Co-orientadora: Profa. Ms. Joana Kátya  
Veras Rodrigues Sampaio Nunes

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto (Orientador)

---

Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa

---

Profa. Msc. Adriana Lima dos Reis Costa

---

Profa. Sâmia Jamile Damous Duailibe de Aguiar Carneiro Coelho

*“Scientia potentia est.”*  
(Conhecimento é poder)  
Francis Bacon

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>6. CONCLUSÃO. ....</b>	<b>21</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>22</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>32</b>

**ARTIGO**

(Artigo será submetido nos *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* – ANEXO 1)

**PRÉ-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO:  
ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, DEPRESSÃO E ANSIEDADE**

**PRÉ-OPERATION OF MYOCARDIAL REVASCULARIZATION:  
SPIRITUALITY, RELIGIOUSITY, DEPRESSION AND ANXIETY**

**Palavras-chave:** Religião; Espiritualidade; Cirurgia Cardiovascular; Depressão; Ansiedade.

**Keywords:** Religion; Spirituality; Cardiovascular Surgery; Depression; Anxiety

## RESUMO

**Fundamento:** A Revascularização do Miocárdio é uma cirurgia que potencialmente gera estresse em pacientes, se caracterizando no sentimento de medo. Estudos sugerem relação positiva entre Espiritualidade/Religiosidade (R/S) e o menor número de sintomas ansiosos e depressivos.

**Objetivo:** avaliar a relação entre R/S, depressão e ansiedade em pacientes no pré-operatório de cirurgia de Revascularização do Miocárdio e o perfil sociodemográfico e espiritual.

**Métodos:** Estudo transversal analítico com 33 pacientes em pré-operatório para Revascularização do miocárdio. Coletaram-se dados sociodemográficos. A R/S foi avaliada pelo Índice de Religiosidade de Duke, os sintomas depressivos pelo Inventário de Depressão de Beck – Segunda Edição e os sintomas ansiosos pelo Inventário de Ansiedade de Beck. A análise estatística foi procedida no Stata 14.0, sendo aplicados ANOVA, teste de Shapiro-Wilk e correlação linear de Pearson. Fixou-se uma significância inferior a 5%.

**Resultados:** homens (54,6%), idosos (63,6%), católicos (63,7%), de baixa escolaridade (78,9%) e renda (69,7%). Mais de 90% dos avaliados acreditavam em Deus, 27,2% apresentavam sintomas depressivos e 45,3% sintomas ansiosos. Não houve relação significativa entre R/S, ansiedade e depressão, porém indivíduos com menor religiosidade organizacional (RO) apresentaram-se entre aqueles com depressão leve ( $3.0 \pm 1.8$ ), assim como, os com baixa religiosidade não organizacional (RNO) apresentaram-se entre os com depressão moderada ( $3.2 \pm 1.9$ ). Já indivíduos com as maiores médias de religiosidade intrínseca, foram classificados como sem depressão ( $14.0 \pm 1.8$ ).

**Conclusão:** o perfil sociodemográfico dos pacientes constituiu-se por homens, católicos e baixa renda. Com menos sintomas depressivos quanto maior a RO e mais sintomas quando menor RNO, mesmo que essa relação não tenha significância estatística.

**Palavras-chave:** Religião; Espiritualidade; Cirurgia Cardiovascular; Depressão; Ansiedade.



## ABSTRACT

**Background:** Myocardial Revascularization is a surgery that potentially generates stress in patients, being characterized in the feeling of fear. Studies suggest a positive relationship between Religiosity/Spirituality (R/S) and the decreased in depressive and anxious symptoms

**Objective:** To evaluate the relation between R/S, depression and anxiety in preoperative patients of Myocardial Revascularization and the sociodemographic and spiritual profile

**Methods:** An analytical cross-sectional study with patients in preoperative Myocardial Revascularization. Sociodemographic data were collected. The R/S was evaluated through the Duke Religious Index, depressive symptoms by the Beck Depression Inventory – Second Edition and the anxiety symptoms by the Beck Anxiety Inventory. Statistical analysis was performed using the Stata 14.0 application, and ANOVA, Chi-Square test and Pearson's Correlation were applied. A statistical significance of less than 5%.

**Results:** 33 individuals were evaluated, 54,6% men, 39,4% elderly, 63,7% catholics, 78,9% low schooling and 69,7% low income. Besides, 90% believed in God. Of the evaluated 27,2% had depressive symptoms and 45,3% had anxious symptoms. There wasn't statistically significant relationship between R/S, anxiety and depression, but individuals with lower Organizational Religious Activity (ORA) were among those with mild depression ( $3.0 \pm 1.8$ ), as well as those with low Non-Organizational Religious Activity (NORA) with moderate depression ( $3.2 \pm 1.9$ ). Already individuals with the highest averages of Intrinsic religiosity (IR) were classified as without depression.

**Conclusion:** this study evidenced the profile of the patients in preoperative to Myocardial Revascularization as being of men, catholic and with low income. With high ORA, patients had fewer depressive symptoms and lower NORA patients had more depressive symptoms, even this relationship isn't statistically significant.

**Keywords:** Religion; Spirituality; Cardiovascular Surgery; Depression; Anxiety.

## 1. INTRODUÇÃO

A Espiritualidade e a religiosidade sempre foram temas de interesse para as grandes civilizações durante toda história da humanidade.<sup>1</sup> Compreende-se espiritualidade como uma “busca pessoal para entender questões finais sobre a vida e seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas”, diferente de religiosidade que é entendida como a dimensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica comportamentos, rituais e cerimônias, podendo ser ou não organizada em algum ambiente determinado.<sup>2,3</sup>

Desde 1983, ano da Assembléia Mundial de Saúde, discute-se a proposta de incluir uma dimensão "não material" ao conceito de "saúde" da Organização Mundial da Saúde (OMS), de modo que ela fosse entendida como "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença", pois na prática, é substancial considerar o paciente como detentor de crenças e tradições religiosas e não-religiosas as quais influem no modelo de assistência médica a ser recebido, e a forma como esse paciente lida com conceitos, tais como autocuidado, cooperação e motivação.<sup>3-6</sup>

Há um consenso nas evidências empíricas e nos estudos epidemiológicos em relação à religiosidade/espiritualidade (R/S) quanto aos benefícios à saúde, tanto física, quanto mental.<sup>7</sup> Em revisão bibliográfica sobre a relação entre R/S e Doença Arterial Coronariana (DAC), envolvendo fatores de riscos, pesquisadores examinaram os mecanismos que ajudam a explicar as associações e as implicações clínicas desse vínculo. Além disso, investigaram as conexões entre R/S, depressão e ansiedade, e evidenciaram que, dos 444 estudos que avaliaram as relações entre R/S e depressão, 61% relataram menor depressão entre os mais R/S. Já dos 299 que analisaram as relações com a ansiedade, 49% relataram associações inversas com R/S.<sup>2,8-10</sup>

Entretanto, estudos realizados com enfermos hospitalizados em que estes afirmavam descrença religiosa ou sentimento de abandono por parte de sua comunidade religiosa evidenciaram maiores problemas de âmbito psíquico (depressão, ansiedade e estresse).<sup>3,6</sup>

Logo, é importante ratificar a busca pela medicina moderna de novos meios e medidas para a evolução do conhecimento valorizando a importância de estudos acerca da espiritualidade. <sup>11</sup>

## **2. OBJETIVOS**

- Descrever a relação entre espiritualidade, depressão e ansiedade em pacientes com Doença Arterial Coronariana encaminhados para cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio.
- Delinear o perfil socioeconômico, clínico e espiritual;

## **3. MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal analítico, efetuado com 33 pacientes portadores de DAC em pré-operatório de RM no Hospital Universitário/Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) no município de São Luís, Maranhão, Brasil, entre março de 2015 a março de 2016.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa HUUFMA de acordo com a Resolução nº 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde, conforme número de parecer 739.377 / 2014 (APÊNDICE 1).

Os pacientes foram avaliados por conveniência, na medida em que foram diagnosticados com DAC e encaminhados ao procedimento cirúrgico.

Como critério de inclusão os participantes selecionados tinham entre 18 e 70 anos de idade, não possuíam doenças crônicas que limitassem a participação ou alterassem a expectativa de vida (câncer, Alzheimer, acidente vascular encefálico, demência, transtornos cognitivos, entre outras). Além disso, não possuíam outros transtornos psiquiátricos que impedissem a compreensão/comunicação durante a entrevista. Já os critérios de não inclusão adotados foram: pacientes que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE 2) e indivíduos que participaram de outras pesquisas semelhantes nos seis meses anteriores a esta pesquisa.

Fez-se uma entrevista com aplicação, pelo entrevistador, de instrumentos auto-aplicáveis com duração de aproximadamente 50 minutos.

Todos os instrumentos utilizados são validados e traduzidos para o português. Coletaram-se também variáveis sócios demográficos (idade, cor da pele autodeclarada, situação conjugal, renda familiar e escolaridade) em que se considerou idoso os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos e baixa escolaridade os indivíduos que tinham até o ensino fundamental completo; antecedentes clínicos pessoais e hábitos de vida nos quais se considerou a autodeclaração do paciente. (APÊNDICE 3).

Para avaliar a religiosidade aplicou-se o Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) desenvolvido por Koenig et al (1997), traduzido para o português por Moreira-Almeida et al. (2008) e validado por Lucchetti et al. (2010). Trata-se de uma escala de cinco itens que mensura três dimensões de religiosidade: Religiosidade Organizacional (RO) que analisada pelo primeiro item, refere-se à frequência de idas a locais religiosos; Religiosidade Não Organizacional (RNO) na qual é analisada pelo segundo item, e refere-se à frequência de atividades religiosas privadas; e a Religiosidade Intrínseca (RI) que é analisada pelos três últimos itens, e refere-se à busca de internalização das crenças e experiências religiosas. As pontuações estão dispostas em uma escala Likert com 5 (RI) ou 6 opções (RO e RNO) e, no cálculo do escore do DUREL, as pontuações das três dimensões individuais não foram somados em um escore total, porém analisadas individualmente de acordo com o que é preconizado. Além do mais, as pontuações dos cinco itens são invertidas, ou seja, quanto menor a pontuação, maior a religiosidade. <sup>12</sup> (ANEXO 2)

Esse é um instrumento objetivo e de fácil aplicação, que aborda algumas das principais esferas da religiosidade, e vem sendo utilizado em diversas culturas para esse fim. Além disso, essa ferramenta e as dimensões mensuradas por ela têm evidenciado forte relação com diversos indicadores de saúde física e mental. <sup>12</sup>

Para avaliar os sintomas depressivos utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck II (BDI - II) o qual é uma escala autoaplicável que tem por objetivo avaliar quantitativamente os sintomas depressivos e suas intensidades, além de servir como um instrumento de triagem. Essa ferramenta é composta por 21 itens os quais contém cada um, quatro opções com pontuação em escala ordinal de 0 a 3 pontos. Os escores de maior valor equivalem à maior intensidade do sintoma. Ao final, a pontuação total que pode

variar de 0 a 63, é igual à soma dos escores individuais sendo que o ponto de corte recomendado para amostras clínicas na detecção de sintomas depressivos é de 13 pontos, variando quanto à intensidade do quadro de 0-13 pontos (depressão mínima), 14-19 pontos (depressão leve), 20-28 pontos (depressão moderado) e 29-63 pontos (depressão grave). O público alvo inclui pacientes psiquiátricos e indivíduos da comunidade a partir dos 13 anos de idade.<sup>13</sup> (ANEXO 3)

É importante estar atento ao conteúdo de itens específicos do inventário, tal como Ideação Suicida. Como recomendado, pacientes que admitem pensamento ou desejos suicidas (item 9) e pessimismo (item 2) com pontuação de 2 ou 3 precisam ser mais bem investigados clinicamente devido ao risco de suicídio.<sup>14</sup>

Já para os sintomas de ansiedade utilizou-se o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) o qual é uma escala de auto-relato com 21 itens dos quais 14 abrangem sintomas somáticos e 7 refletem aspectos subjetivos de ansiedade ou pânico que tem como objetivo específico medir sintomas de ansiedade com a mínima relação à depressão. Cada item é composto por uma escala Likert de 4 pontos (0 a 3) que avalia a intensidade do sintoma durante a última semana incluindo o dia do teste. Ao final, o somatório pode variar entre 0 e 63 pontos, de modo que se interpreta de 0 a 7 pontos como ansiedade mínima, 8 a 15 pontos como ansiedade leve, 16 a 25 pontos como ansiedade moderada e pontuações de 26 a 63 pontos como ansiedade grave.<sup>13,15</sup> (ANEXO 4)

### **3.1. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Os dados foram tabulados através do Microsoft Office Excel 2010® e analisados pelo programa estatístico Stata (14.0) ®. A apresentação dos dados foi feita por média, desvio-padrão e frequências (absoluta e relativa). 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%.

#### 4. RESULTADOS

A partir da análise dos dados sócios demográficos foi possível caracterizar a população como sendo predominantemente do sexo masculino, idosos, com baixa escolaridade, casados e com renda mensal inferior a um salário mínimo. Além disso, a maioria tinha como comorbidades hipertensão e diabetes e como hábito de vida o etilismo (Tabela 1).

**Tabela 1. Características sócio demográficas e hábitos de vida de pacientes pré cirurgia cardiovascular. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016**

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

Na caracterização religioso-espiritual, a maioria dos entrevistados acreditava em Deus e sempre acreditaram. Preponderaram indivíduos católicos, que já mudaram de crenças, que frequentam pelo menos uma vez na semana a igreja ou templo e que acreditam que a religião é muito importante frente a situações de stress (Tabela 2).

**Tabela 2. Caracterização religioso-espiritual de pacientes pré cirurgia cardiovascular. 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 (94,0)
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 stress	
Não é importante	1 (3,1)
Um pouco importante	3 (9,4)
Importante	5 (15,6)
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)

Na caracterização quanto a sintomas de ansiedade, os pacientes apresentavam em sua maioria sintomas mínimos, seguido de sintomas moderados. Já com relação a sintomas de depressão, predominaram entrevistados que apresentavam sintomas mínimos, seguidos de leves e moderados que somados são 24% da amostra. Apenas um paciente foi caracterizado com sintomas depressivos graves (Tabela 3).

**Tabela 3 - Caracterização quanto a sintomas de ansiedade e depressão de pacientes pré cirurgia cardiovascular do Hospital Universitário Presidente Dutra. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016**

Variáveis	N (%)
<b>BAI – Inventário de Ansiedade de Beck</b>	
Mínima	16 (49)
Leve	5 (15)
Moderada	12 (36)
Grave	0 (0)
<b>BDI II– Inventário de Depressão de Beck II</b>	
Mínima	24 (73)
Leve	4 (12)
Moderada	4 (12)
Grave	1 (3)
Total	33 (100)

Analisando os sintomas separadamente, observa-se que no BDI – II os mais freqüentes referidos por quase metade dos entrevistados são os relacionados a “choro”, “agitação”, “falta de energia”, “alteração no padrão do sono”, “alteração de apetite”, “cansaço” e “perda de interesse por sexo” (Tabela 4).

Já no BAI, os sintomas mais freqüentes são a “sensação de calor”, “medo de acontecer o pior”, “palpitação”, “medo de perder o controle”, “medo de morrer” e “desconforto no abdômen” (Tabela 5).

**Tabela 4– Caracterização do Inventário de Depressão de Beck – Secunda Edição marcado pelos pacientes em pré cirurgia cardiovascular. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016**

QUESTÕES	BDI –II				TOTAL
	0 pontos	1 pontos	2 pontos	3 pontos	
01. Tristeza	23(70,0)	5(15,0)	5(15,0)	0(0)	33(100)
02. Pessimismo	29(88,0)	2(6,0)	2(6,0)	0(0)	33(100)
03. Fracasso passado	29(88,0)	2(6,0)	1(3,0)	1(3,0)	33(100)



04.	Perda de prazer	22(67,0)	6(18,0)	4(12,0)	1(3,0)	33(100)
05.	Culpa	26(79,0)	6(18,0)	0(0)	1(3,0)	33(100)
06.	Punição	27(82,0)	4(12,0)	1(3,0)	1(3,0)	33(100)
07.	Autoestima	32(97,0)	0(0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
08.	Autocrítica	29(88,0)	3(9,0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
09.	Pensamento suicida	30(91,0)	3(9,0)	0(0)	0(0)	33(100)
10.	Choro	15(46,0)	13(39,0)	5(15,0)	0(0)	33(100)
11.	Agitação	16(49,0)	11(33,0)	3(9,0)	3(9,0)	33(100)
12.	Perda de interesse	26(79,0)	5(15,0)	1(3,0)	1(3,0)	33(100)
13.	Indecisão	26(79,0)	6(18,0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
14.	Desvalorização	27(82,0)	5(15,0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
15.	Falta de energia	18(55,0)	13(39,0)	1(3,0)	1(3,0)	33(100)
16.	Alteração do sono	6(18,0)	9(27,0)	10(30,0)	8(24,0)	33(100)
17.	Iritabilidade	20(61,0)	8(24,0)	4(12,0)	1(3,0)	33(100)
18.	Alterações de apetite	16(49,0)	7(21,0)	10(30,0)	0(0)	33(100)
19.	Dificuldade de concentração	26(79,0)	7(21,0)	0(0)	0(0)	33(100)
20.	Cansaço	15(46,0)	7(21,0)	10(30,0)	1(3,0)	33(100)
21.	Perda de interesse por sexo	17(52,0)	6(18,0)	3(9,0)	7(21,0)	33(100)

**Tabela 5– Caracterização do Inventário de Ansiedade de Beck marcado pelos pacientes em pré cirurgia cardiovascular. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016**

QUESTÕES	BIA				TOTAL	
	0 pontos	1 pontos	2 pontos	3 pontos		
01.	Dormência/formigamento	22(67,0)	9(27,0)	2(6,0)	0(0)	33(100)
02.	Sensação de calor	14(42,0)	14(42,0)	5(15,0)	0(0)	33(100)
03.	Tremores nas pernas	26(79,0)	7(21,0)	0(0)	0(0)	33(100)
04.	Incapaz de relaxar	21(64,0)	10(30,0)	2(6,0)	0(0)	33(100)
05.	Medo de acontecer o pior	16(49,0)	10(30,0)	6(18,0)	1(3,0)	33(100)
06.	Atordoado/ tonto	20(61,0)	12(36,0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
07.	Palpitação	16(48,5)	16(48,5)	0(0)	1(3,0)	33(100)
08.	Insegurança	24(73,0)	8(24,0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
09.	Aterrorizado	25(76,0)	7(21,0)	1(3)	0(0)	33(100)
10.	Nervoso	19(58,0)	11(33,0)	2(6,0)	1(3,0)	33(100)
11.	Sensação de sufocação	24(73,0)	7(21,0)	2(6,0)	0(0)	33(100)
12.	Tremores na mãos	25(76,0)	7(21,0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
13.	Trêmulo	26(79,0)	6(18,0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
14.	Medo de perder o controle	18(55,0)	10(30,0)	5(15,0)	0(0)	33(100)
15.	Dificuldade de respirar	22(67,0)	8(24,0)	3(9,0)	0(0)	33(100)

16.	Medo de morrer	17(52,0)	9(27,0)	6(18,0)	1(3,0)	33(100)
17.	Assustado	21(64,0)	11(33,0)	1(3,0)	0(0)	33(100)
18.	Desconforto no abdômen	18(55,0)	9(27,0)	6(18,0)	0(0)	33(100)
19.	Sensação de desmaio	23(70,0)	6(18,0)	4(12,0)	0(0)	33(100)
20.	Rubor facial	22(67,0)	9(27,0)	2(6,0)	0(0)	33(100)
21.	Sudorese	24(73,0)	5(15,0)	4(12,0)	0(0)	33(100)

Não houve comparações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre os escores da Escala DUREL, BAI e BDI – II, porém os entrevistados com menor RO apresentaram-se entre aqueles com sintomas de depressão leve e sem ansiedade, já os com baixa RNO mostraram-se com sintomas de depressão moderada, entretanto sem sintomas de ansiedade. Por fim, os indivíduos com as maiores médias de RI não manifestavam sintomas depressivos, mas possuíam sintomas de ansiedade leve (Tabela 6).

**Tabela 6. Comparação de escores da Escala de Religiosidade de Duke em pacientes pré cirurgia cardiovascular de acordo com as escalas de depressão e ansiedade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016**

Escore	Escala de Religiosidade de Duke (Escala DUREL)		
	RO	RNO	RI
<b>BDI – Inventário de Depressão</b>			
Sem depressão	3,7±1,3	3,3±1,4	14,0±1,8
Depressão leve	3,0±1,8	3,3±1,5	12,8±1,0
Depressão moderada	3,8±1,5	3,2±1,9	13,0±1,4
p – valor	0,6416	0,9917	0,2572
<b>BAI – Inventário de Ansiedade</b>			
Sem ansiedade	3,4±1,3	3,0±1,4	13,7±2,2
Ansiedade leve	3,9±1,4	3,3±1,4	13,9±1,4
Ansiedade moderada	3,6±1,5	4,0±1,6	13,4±1,5
p – valor	0,7132	0,4446	0,8711

RO - Religiosidade Organizacional; RNO - Religiosidade Não Organizacional; RI - Religiosidade Intrínseca.

## 5. DISCUSSÃO

Nesse estudo é possível caracterizar a composição da amostra como de homens, idosos, baixa escolaridade, baixa renda, etilista e com elevado

número de fatores de risco associados ao aumento da morbimortalidade, tais como Diabetes e Hipertensão Arterial.

Em um Hospital de alta complexidade de São Luis – MA, um estudo realizado com pacientes submetidos à RM demonstrou dados semelhantes ao desta pesquisa em relação ao perfil dos enfermos. Estes eram em sua maioria homens (68,5%), idosos (54,2%), de baixa escolaridade (23,1%), com parceiro (75,7%), hipertensos (87,1%) e diabéticos (44,2%). Entretanto, com relação ao aspecto da renda, a amostra caracterizou-se por pessoas que recebiam mais de dois salários mensais (38,5%), além de que os que referiam tabagismo e etilismo somaram juntos 30% da amostra. <sup>16</sup>

Em outro estudo de caracterização sociodemográfico e retrato clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca os resultados constatarem um perfil de pacientes do sexo masculino (56%), idosos (52%), casados (72%), de baixa escolaridade (75%), hipertensos (69%) e diabéticos (29%), dados que corroboram com este estudo. Porém, uma inversão quanto ao tabagismo (22%) e o etilismo (2%) quando comparados a esta pesquisa. <sup>17</sup>

Em relação à Religiosidade / Espiritualidade este estudo encontrou em maior proporção indivíduos que acreditam em Deus, católicos, que já mudaram de crenças e que acreditam que a religião é muito importante frente a situações de estresse.

Achados deste estudo se alinham com um levantamento de representatividade da população brasileira acima dos 13 anos (n=3007) no qual evidenciou – se um alto nível de envolvimento religioso da população. Em torno de 95% declararam ter uma religião, 83% consideram religião muito importante e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana. <sup>18</sup>

Da mesma forma, um levantamento feito pelo Instituto Angus Reid em países desenvolvidos, envolvendo 5.800 adultos, descobriu que 48% dos entrevistados consideraram a religião como um componente "muito importante" na vida diária. <sup>19</sup>

Já em um trabalho de revisão bibliográfica, foram identificados 75 estudos que examinaram relações entre R/S e nível de estresse. Destes 61% relataram menores níveis de estresse psicológico naqueles que apresentaram maior R/S. Além disso, com base na quantidade e na variedade de resultados

sobre a saúde (imunológico, inflamatório, endócrino, etc.) relacionados ao grau de R/S, os pesquisadores estimaram que os fatores psicológicos respondem por cerca de 50% do efeito do R/S nos resultados cardiovasculares.<sup>10</sup>

Nesse estudo, cerca de um terço da amostra avaliada apresentava algum sintoma de depressão e mais de 40% apresentava algum grau de ansiedade. Isso devido, talvez, ao período pré operatório em que o estresse gerado pela espera da cirurgia, a internação hospitalar, a distância de casa e da comunidade, a mudança no cotidiano, a dúvida e o desconhecimento acerca do procedimento cirúrgico possam gerar insegurança e, portanto, causar um aumento no número de sintomas ansiosos, tais como o “medo de acontecer o pior” e “medo de morrer”. Já em relação aos sintomas depressivos, a “alteração no padrão do sono” foi o que mais prevaleceu, cerca de 81% de marcações. Destas, 54% referentes a uma mudança muito diferente no padrão do sono em relação ao habitual. Além disso, sintomas clássicos de depressão, tais como “alterações do apetite”, “choro”, “cansaço”, “perda de interesse por sexo” e “agitação” estão entre os mais referidos pelos entrevistados.

Os trabalhos têm ratificado dados da literatura acerca desses sentimentos nos pacientes submetidos à cirurgia, sobretudo a cardíaca. Em revisão bibliográfica, evidenciou-se que a ansiedade, a depressão, o medo, a mudança nos padrões do sono e do interesse por sexo foram as manifestações psicológicas mais presentes entre os estudos avaliados. Além disso, em outras pesquisas concluiu-se que aspectos, tais como à incerteza da evolução clínica pós cirúrgica, a separação da família, as fantasias em relação ao procedimento e a possibilidade de morrer são os que mais geram estresse em pacientes pré-operatórios.<sup>20,21</sup>

Em estudo qualitativo, evidenciaram-se pelo menos dois possíveis sentimentos envolvidos antes da RM, tais como o medo e melhora da qualidade de vida. Este devido ao “novo corpo conquistado com a cirurgia” e aquele devido ao estresse gerado pela idéia de violação do corpo, inerente a procedimentos cirúrgicos, e da possibilidade de cicatrizes. Além disso, o desejo de fuga foi destacado no estudo.<sup>22</sup>

Apesar de que não houve comparações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre os escores da Escala DUREL, BAI e BDI – II, os indivíduos em pré operatório para RM com menor RO apresentaram-se entre aqueles com

sintomas de depressão leve e sem ansiedade, já os com baixa RNO mostraram-se com sintomas de depressão moderada, entretanto sem sintomas de ansiedade. Além disso, os indivíduos com as maiores médias de RI não manifestavam sintomas depressivos, mas possuíam sintomas de ansiedade leve. Esses dados ratificam, mesmo que estatisticamente insignificantes, os estudos acerca de R/S, depressão e ansiedade mostrando que a espiritualidade e a religiosidade influenciam no aparecimento, ou não, de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes hígidos, sobretudo em enfermos.<sup>10</sup>

## 6. CONCLUSÃO

Em suma, esse trabalho caracterizou o perfil sociodemográfico dos pacientes submetidos a cirurgia RM, no HUUFMA, como de homens, idosos, baixa escolaridade, baixa renda, etilista e com fatores de risco, tais como o Diabetes e a Hipertensão Arterial. Além disso, caracterizou o perfil espiritual-religioso como sendo de indivíduos que, em sua maioria, acreditam em Deus, são católicos, já mudaram de crenças pelo menos alguma vez e acreditam que a religião é muito importante frente a situações de estresse. Quanto a depressão e ansiedade, o estudo evidenciou que cerca de um terço da amostra avaliada apresentava algum sintoma de depressão e quase a metade algum grau de ansiedade. Os sintomas ansiosos “medo de acontecer o pior” e “medo de morrer” foram os mais freqüentes entre os pacientes, já os sintomas depressivos mais presentes foram a “alterações do apetite”, “choro”, “cansaço e fadiga”, “perda de interesse por sexo”, “agitação” e “alteração no padrão do sono”.

Quanto a R/S, depressão e ansiedade, apesar de que não houve significância estatística na comparação ( $p > 0,05$ ), os indivíduos com menor RO foram aqueles com sintomas de depressão leve e sem ansiedade, os com baixa RNO mostraram-se com sintomas de depressão moderada e sem sintomas de ansiedade e os com as maiores médias de RI não manifestavam sintomas depressivos, porém apresentavam sintomas de ansiedade leve.

Por fim, é importante ratificar a necessidade de se conhecer o paciente em todos os seus aspectos (físico, mental e espiritual), sobretudo os que serão

submetidos a cirurgias, tal como a RM. Além disso, a medicina deve continuar buscando a evolução do conhecimento valorizando a importância de estudos acerca da espiritualidade.

A fonte de financiamento para a execução do estudo foi de recursos próprios dos pesquisadores.

## **AGRADECIMENTOS**

*“Mọ Dúpè fún Olódùmarè, Egúngún, awọn ọmọde, awọn baba mi, awọn iya mi”  
(Saúdo a Deus, meus ancestrais, as crianças, aos pais e as mães)*

Gratidão é uma arte! É o constante lapidar do nosso eu/ego/orgulho com o objetivo de sentir-se/ser grato. Independe de idade/origem, mas sim do amadurecimento.

Hoje, sou grato aos meus pais, Nivaldo José Carneiro e Rosa Maria da Costa Carneiro, que lutaram e ainda lutam pela minha formação enquanto pessoa/Humano/profissional; à Universidade Federal do Maranhão; aos meus tios, primos, afilhados e sobrinho; aos meus amigos de Uberlândia, de turma e faculdade, sobretudo à Inaipi Andrade, Charles Buteri, Luciano Vanolli e Manoel de Castro os quais sempre estiveram à disposição nas horas mais difíceis; em especial à Polliana Carolina (Turma 99) que me apresentou ao meu orientador e à minha co-orientadora; aos meus professores e tutores da Universidade e do Hospital, sobretudo ao Dr. João Arnaud, psiquiatra, por sua dedicação e incentivo ao ensino e a pesquisa; aos seguranças, serviços gerais, secretárias e técnicos administrativos; a Dona Gegê que sempre me acolheu; e aos pacientes que buscaram nossa ajuda e em contrapartida nos permitiram usá-los como instrumento no nosso aprendizado.

Ratifico os nomes de duas professoras, referências para mim, pelos exemplares compromissos com a defesa e manutenção de uma Universidade pública, gratuita, inclusiva e de qualidade: professora Adriana Lima dos Reis Costa e professora Maria do Carmo Lacerda Barbosa.

Saúdo a ilustre professora Sâmia Jamile Damous Duailibe de Aguiar Carneiro Coelho, psiquiatra, que nos incentiva e nos alerta para a importância da saúde mental. De estirpe sólida, Dra. Sâmia instiga nossa sensibilidade para

o diagnóstico e manejo de pacientes que buscam, diariamente, nossa ajuda para o tratamento de suas perturbações mentais.

Em especial agradeço ao meu orientador professor Dr. José Albuquerque de Figueiredo Neto, referência em pesquisa para nossa Universidade, e à minha co-orientadora professora Ms. Joana Kátya Veras Rodrigues Sampaio Nunes pela paciência e tempo dedicados à minha orientação, além da luta em construir conhecimento inovador no Estado do Maranhão; e aos que contribuíram para a coleta e análise dos dados.

Enfim, minha convicção de que a alteridade e a gratidão são cláusulas pétreas nas relações sociais, possibilitou que meu traçado fosse contínuo e que nada, e nem ninguém, pudesse me tirar do objetivo de cursar Medicina. Por isso, é com imensa gratidão e felicidade que concluo mais essa etapa da minha formação enquanto Ser Humano e profissional, e alço vôo, destemidamente, em direção ao ofício de ser Médico.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de pacientes pré-cirurgia cardiovascular. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

**Tabela 2.** Caracterização religioso-espiritual de pacientes pré-cirurgia cardiovascular. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

**Tabela 3.** Caracterização quanto a sintomas de ansiedade e depressão de pacientes pré-cirurgia cardiovascular do Hospital Universitário Presidente Dutra. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

**Tabela 4–** Caracterização do Inventário de Depressão de Beck – Segunda Edição marcado pelos pacientes em pré-cirurgia cardiovascular. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

**Tabela 5.** Caracterização do Inventário de Ansiedade de Beck marcado pelos pacientes em pré-cirurgia cardiovascular. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

**Tabela 6.** Comparação de escores da Escala de Religiosidade de Duke em pacientes pré-cirurgia cardiovascular de acordo com as escalas de depressão e ansiedade. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016

## REFERÊNCIAS

1. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2007; 34(Suppl 1):136-145.
2. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press; 2001.
3. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2012.
4. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2003; 37( 4 ): 446-455.
5. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. Am Psychol. 2003;58(1):36-52.
6. Koenig H. Role of religion and spirituality in coping with acute and chronic illness. APA handbook of psychology, religion, and spirituality, Part III Washington: American Psychological Association. 2013:278-9.
7. George LK, Larson DB, Koenig HG, McCullough ME. Spirituality and Health: What We Know, What We Need to Know. Journal of Social and Clinical Psychology. 2000;19(1):102-16
8. Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. Int J Psychiatry Med. 1998;28(2):189-213.
9. Siegel K, Anderman SJ, Schrimshaw EW. Religion and coping with health-related stress. Psychology & Health. 2001;16(6):631-53.
10. Lucchese FA., Koenig HG.. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2013; 28(1): 103-128.
11. Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. Ann Pharmacother. 2001;35(3):352-9.
12. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. Religions. 2010;1(1):78.
13. McDowell I. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 3<sup>rd</sup>ed. New York; Oxford University Press; 2006.
14. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II - Inventário de depressão de Beck. São Paulo: Pearson; 2012. 117 p. Adaptação Brasileira: Clarice

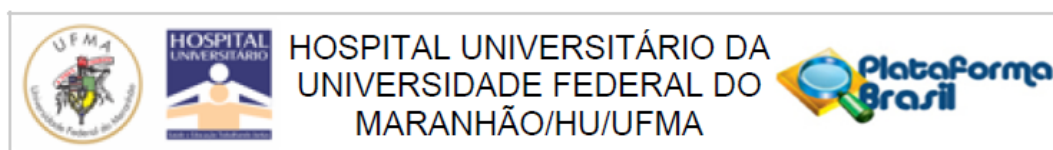


Gorenstein, Wang Yuan Pang, Irani de Lima Argimon e Blanca Susana Guevara Werlang.

15. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7.
16. Janssen AMS. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev. Pesq. Saúde.* 2015; 16(1) p. 29-33.
17. Dordetto PR, Pinto GC, Rosa TCSC. Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca: caracterização sociodemográfica, perfil clínico-epidemiológico e complicações. 2016. 2016;18(3):6.
18. Moreira-Almeida A, Pinskyllana, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2010 Jan [cited 2017 Apr 11]; 37( 1): 12-15.
19. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and Spiritual Factors in Depression: Review and Integration of the Research. *Depression Research and Treatment.* 2012;2012:8.
20. Quintana JF, Kalil RAK. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia Hospitalar.* 2012;10:17-32.
21. De Gasperi P, Radunz V, do Prado ML. Procurando reeducar hábitos e costumes o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-operatórios de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enfermagem.* 2006;11(3).
22. Souza RHS. Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca. [dissertação (Mestrado em Enfermagem)]. Curitiba: Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná; 2004.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1:



#### 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

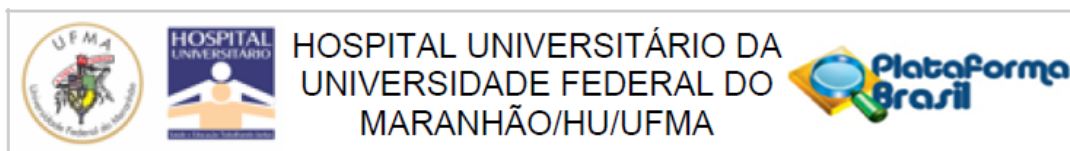
**Data da Relatoria:** 04/07/2014

##### Apresentação do Projeto:

As práticas religiosas fornecem recursos de enfrentamento (por exemplo, oração, e o sacramento da reconciliação) influencia a saúde mental e, pode evitar respostas fisiológicas para estresse e menor incidência de depressão associada a R/S, fator de risco para a DAC. Com base nisso, o estudo em análise se propõe realizar uma avaliação inicial sobre a relação entre coping religioso/espiritual (CRE) e saúde em uma amostra na Região Nordeste, na cidade de São Luís-MA, explorando uma das possibilidades de utilização das Escalas Espirituais e da CRE em pacientes com DAC encaminhado para cirurgia de RM. Trata -se de um ensaio clínico aberto, prospectivo, longitudinal e analítico a ser realizado no Hospital Universitário/Unidade Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) no período de março de 2014 a março de 2018. Serão convidados para participar da pesquisa 100 pacientes com doença arterial coronariana (DAC), de ambos sexos encaminhados para a cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio (RM). A escolha dos pacientes será por conveniência, na medida em que forem diagnosticadas com DAC, e encaminhadas pelo cardiologista para a RM. A avaliação ocorrerá entre o período de maio de 2014 à junho

de 2017. Os participantes devem ter idade entre 18 e 70 anos. Além disso, para participar, NÃO pode apresentar qualquer um dos critérios a seguir: doença crônica que limite, a participação ou

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 739.377

expectativa de vida; outros transtornos psiquiátricos que impeçam a compreensão e a comunicação durante a entrevista, e aquelas que não concordarem em assinar o termo de consentimento ou participaram em outras pesquisas semelhantes nos últimos seis meses. A participação dos indivíduos no presente estudo consiste em uma entrevista com aplicação de instrumentos auto-aplicáveis e também aplicada pelo entrevistador. Tal procedimento implicará no envolvimento dos participantes na pesquisa pelo período de aproximadamente 50 minutos, informação que será fornecida às pessoas antes de concordarem em participar do estudo. Os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na entrada no estudo.

A coleta de dados será realizada pelos profissionais após um report sobre a abordagem adequada sobre CRE; Para a análise dos resultados serão usados os seguintes instrumentos: questionário sócio-demográfico; O Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) e uma escala de cinco itens desenvolvida por Koenig et. al., que mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde; a escala CRE breve (Coping Religioso-Espiritua); O inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II); ; O BAI (Beck Anxiety Inventory) e a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN). Os dados serão tabulados pelo Microsoft Office Excel 2010 e analisados pelo programa estatístico Stata (12.0). Será realizada a análise de normalidade das variáveis por meio do teste de Shapiro-Wilk. Os escores de avaliação do coping de religiosidade e espiritualidade, depressão, ansiedade e demais variáveis serão analisados nos intervalos de seguimento ((zero, x meses, y meses)por meio do teste de Wilcoxon. As variáveis contínuas entre três testes será aplicado a ANOVA para variáveis paramétricas e para não paramétricas. O teste t de study será aplicado para variáveis de distribuição normal e o teste correspondente para variáveis não paramétricas (teste U de Man-Withney). Será fixado um nível de significância alfa inferior a 0,05. Financiamento próprio.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

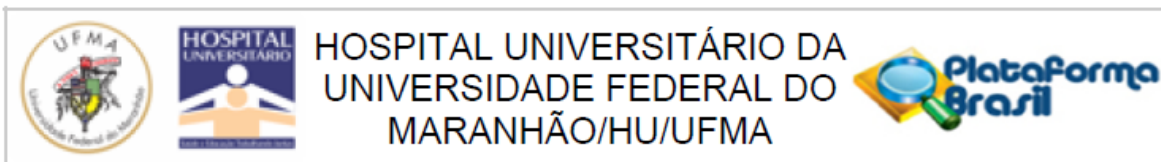
Objetivo Primário:

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

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227		CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	Município: SAO LUIS	
UF: MA		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1223	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 739.377

- espiritual no enfrentamento no processo saúde – doença no contexto de hospitalização;
- c) Identificar os principais obstáculos à inserção do Coping como recurso para a recuperação dos pacientes com Doença Arterial Coronariana;
- d) Correlacionar os resultados entre coping positivo e coping negativo com as escalas de avaliações de depressão e ansiedade nos tempos de intervenção, pré-operatório e pós-operatório;
- e) Propor estratégias do coping espiritual para o acolhimento dos pacientes encaminhados para o procedimento cirúrgico.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Segundo o pesquisador e esta pesquisa não oferece risco de morte, PORÉM, se apresentar alguns riscos, estes serão considerados mínimos e se referem a eventuais constrangimentos, aflições durante o processo de entrevista o que torna direito do participante em sair da pesquisa no momento que quiser. Na ocorrência de algumas dessas situações os pesquisadores garantem aos participantes o encaminhamento ao serviço de apoio social existente na instituição e o acompanhamento de um profissional especializado

##### **Benefícios:**

De acordo com o protocolo, "os benefícios da pesquisa correspondem ao apoio e orientação sobre o coping nas etapas da pesquisa direto ou indireto, imediato ou posterior, ao participante em decorrência de sua participação na pesquisa (II.4, Res. 466/12). Outros benefícios além do apoio do coping é conhecermos o quão é importante esse Coping durante esse processo e conhecer o comportamento dos pacientes diante da técnica instituída.

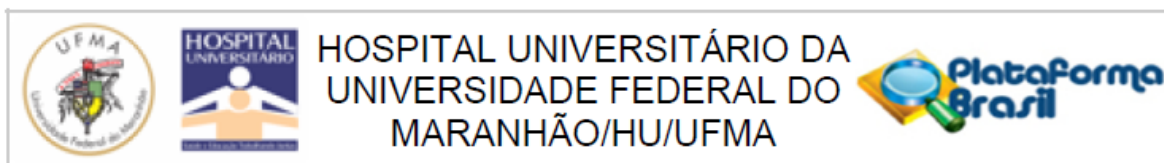
#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos 'Termos de apresentação obrigatórias': Currículos dos integrantes e pesquisador responsável inseridos na plataforma, folha de rosto com

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227		CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	Município: SAO LUIS	
UF: MA		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1223	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 739.377

os campos essenciais devidamente preenchidos, cronograma atualizado de acordo com as normas da CONEP, com coleta de dados para iniciar no mês de junho; Termo de Compromisso na Realização de Dados, Divulgação e Publicação dos Resultados da Pesquisa; Parecer consubstanciado do COMIC aprovado; Carta de Anuência; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo à todas as exigências preconizadas na RES MS Nº 466/2012; Orçamento detalhado e em moeda corrente nacional. Cabe, contudo aqui destacar, que se faz necessário levar ao Colegiado para avaliação quanto a Folha de Rosto anexada.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo atende às normas previstas pela Resolução MS nº 466/12 e demais resoluções aplicáveis.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação 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.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

**APÊNDICE 2 – 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*, Dr. *José Albuquerque de Figueiredo Neto* e *Vinícius Costa Carneiro*, 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, iniciaremos a nossa conversa, lembrando que toda informação que você der estará respaldada pelo sigilo profissional. 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, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

---

ASSINATURA DO PACIENTE

---

ASSINATURA DO PESQUISADOR

---

TESTEMUNHA

### APÊNDICE 3

<b>QUESTIONÁRIO</b>		
<b>SOCIODEMOGRÁFICO – RELIGIOSO – MÓRBIDO PESSOAL – HÁBITOS DE VIDA</b>		
<b>NOME:</b>		
<b>IDADE:</b>	<b>PROCEDÊNCIA:</b>	<b>CONTATO: +55 ( )</b>
<b>01. GÊNERO:</b> ( ) MASCULINO ( ) FEMININO		
<b>02. COR OU RAÇA AUTOREFERIDA:</b> ( ) BRANCO ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELO ( ) INDÍGENA ( ) OUTROS		
<b>03. GRAU DE ESCOLARIDADE:</b> ( ) BAIXA ESCOLARIDADE ( ) ESCOLARIDADE INTERMEDIÁRIA ( ) ENSINO SUPERIOR		
<b>04. ESTADO CIVIL:</b> ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) VIÚVO ( ) DIVORCIADO/SEPARADO		
<b>05. RENDA MENSAL:</b> ( ) ATÉ 1 SÁLARIO MÍNIMO ( ) 2 A 3 SÁLARIOS MÍNIMOS ( ) > 3 SÁLARIOS MÍNIMOS		
<b>06. ACREDITA EM DEUS:</b> ( ) SIM ( ) NÃO		
<b>07. TEMPO DE CRENÇA:</b> ( ) SEMPRE ACREDITEI ( ) HÁ 1 ANO ( ) NÃO ACREDITO		
<b>08. RELIGIÃO:</b> ( ) CATÓLICA ( ) EVANGÉLICA ( ) ESPÍRITA KARDECISTA ( ) RELIGIÕES AFRO-BRASILEIRAS ( ) CULTOS ASIÁTICOS ( ) SEM RELIGIÃO		
<b>09. PRATICANTE:</b> ( ) SIM ( ) NÃO		
<b>10. JÁ MUDOU DE RELIGIÃO:</b> ( ) SIM ( ) NÃO		
<b>11. IMPORTÂNCIA DA RELIGIÃO FRENTE STRESS:</b> ( ) NÃO É IMPORTANTE ( ) UM POUCO IMPORTANTE ( ) IMPORTANTE ( ) MUITO IMPORTANTE		
<b>12. FREQUÊNCIA IGREJA/TEMPLO:</b> ( ) NUNCA OU RARAMENTE ( ) 1 A 2 VEZES AO MÊS ( ) 1 VEZ POR MÊS ( ) MAS DE 1 VEZ POR MÊS		
<b>13. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS:</b> ( ) DOENÇA CRÔNICA. QUAL? _____		
<b>14. HÁBITOS DE VIDA:</b> ( ) TABAGISMO ( ) ELITISMO		

## ANEXOS:

### ANEXO 1

#### ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA

##### NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

1. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Arq Bras Cardiol) são uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia, indexada no Cumulated Index Medicus da National Library of Medicine e nos bancos de dados do MEDLINE, EMBASE, LILACS, Scopus e da SciELO com citação no PubMed (United States National Library of Medicine) em inglês e português.
2. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado e nem estar sendo analisado por outra revista. Todas as contribuições científicas são revisadas pelo Editor-Chefe, pelo Supervisor Editorial, Editores Associados e pelos Membros do Conselho Editorial. Só são encaminhados aos revisores os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas. Os trabalhos também são submetidos à revisão estatística, sempre que necessário. A aceitação será na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.
3. Seções
  - 3.1. Editorial: todos os editoriais dos Arquivos são feitos através de convite. Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.
  - 3.2. Carta ao Editor: correspondências de conteúdo científico relacionadas a artigos publicados na revista nos dois meses anteriores serão avaliadas para publicação. Os autores do artigo original citado serão convidados a responder.
  - 3.3. Artigo Original: os Arquivos aceitam todos os tipos de pesquisa original na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental.
  - 3.4. Revisões: os editores formulam convites para a maioria das revisões. No entanto, trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão bem-vindos. Não serão aceitos, nessa seção, trabalhos cujo autor principal não tenha vasto currículo acadêmico ou de publicações, verificado através do sistema Lattes (CNPQ), Pubmed ou SciELO. Eventualmente, revisões submetidas espontaneamente poderão ser reclassificadas como "Atualização Clínica" e publicadas nas páginas eletrônicas, na internet (ver adiante).
  - 3.5. Comunicação Breve: experiências originais, cuja relevância para o conhecimento do tema justifique a apresentação de dados iniciais de pequenas séries, ou dados parciais de ensaios clínicos, serão aceitos para avaliação.
  - 3.6. Correlação Anátomo-Clínica: apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anátomo-patológico.
  - 3.7. Correlação Clínico-Radiográfica: apresentação de um caso de cardiopatia congênita, salientando a importância dos elementos radiográficos e/ou clínicos para a consequente correlação com os outros exames, que comprovam o diagnóstico. Última-se daí a conduta adotada.
  - 3.8. Atualização Clínica: essa seção busca focar temas de interesse clínico, porém com potencial de impacto mais restrito. Trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão aceitos para revisão.
  - 3.9. Relato de Caso: casos que incluam descrições originais de observações clínicas, ou que representem originalidade de um diagnóstico ou tratamento, ou que ilustrem situações pouco frequentes na prática clínica e que mereçam uma maior compreensão e atenção por parte dos cardiologistas serão aceitos para avaliação.
  - 3.10. Imagem Cardiovascular: imagens clínicas ou de pesquisa básica, ou de exames complementares que ilustrem aspectos interessantes de métodos de imagem, que esclareçam mecanismos de doenças cardiovasculares, que ressaltem pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento serão consideradas para publicação.
  - 3.11. Ponto de Vista: apresenta uma posição ou opinião dos autores a respeito de um tema científico específico. Esta posição ou opinião deve estar adequadamente fundamentada na literatura ou em sua experiência pessoal, aspectos que irão ser a base do parecer a ser emitido.
4. Processo de submissão: os manuscritos deverão ser enviados via internet e sistema, disponível no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/submissao>
5. Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão ao editor, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide lista acima), declaração do autor de que todos os coautores estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, explicitando ou não conflitos de interesse\* e a inexistência de problemas éticos relacionados.
6. Todos os manuscritos são avaliados para publicação no menor prazo possível, porém, trabalhos que mereçam avaliação especial para publicação acelerada ("fast-track") devem ser indicados na carta de submissão ao editor.
7. Os textos e as tabelas devem ser editados em word e as figuras e ilustrações devem ser anexados em arquivos separados, na área apropriada do sistema. Figuras devem ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI. As Normas para Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos encontram-se em



[http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/informacoes\\_autores.asp/](http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/informacoes_autores.asp/)  
[http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/manual\\_de\\_formatacao\\_abc.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf)

8. Conflito de interesses: quando existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que pode derivar algum conflito de interesse, essa possibilidade deve ser comunicada e será informada no final do artigo. Enviar a Declaração de Potencial Conflito de Interesses para [revista@cardiol.br](mailto:revista@cardiol.br), colocando no assunto número do artigo. Acesse: [http://www.arquivosonline.com.br/pdf/conflito\\_de\\_interesse\\_abc\\_2013.pdf](http://www.arquivosonline.com.br/pdf/conflito_de_interesse_abc_2013.pdf)

9. Formulário de contribuição do autor: o autor correspondente deverá completar, assinar e enviar por e-mail ([revista@cardiol.br](mailto:revista@cardiol.br) – colocar no assunto número do artigo) os formulários, explicitando as contribuições de todos os participantes, que serão informadas no final do artigo. Acesse: [http://www.arquivosonline.com.br/pdf/formulario\\_contribuicao\\_abc\\_2013.pdf](http://www.arquivosonline.com.br/pdf/formulario_contribuicao_abc_2013.pdf)

10. Direitos Autorais: os autores dos artigos aprovados deverão encaminhar para os Arquivos, previamente à publicação, a declaração de transferência de direitos autorais assinada por todos os coautores (preencher o formulário da página [http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/Transferencia\\_de\\_Direitos\\_Autorais.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/Transferencia_de_Direitos_Autorais.pdf) e enviar para [revista@cardiol.br](mailto:revista@cardiol.br), colocando no assunto número do artigo).

#### 11. Ética

11.1. Os autores devem informar, no texto e/ou na ficha do artigo, se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua instituição em consoante à Declaração de Helsinki.

11.2. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos seguiram os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (institucional e nacional) e da Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2008. Se houver dúvida quanto à realização da pesquisa em conformidade com a Declaração de Helsinki, os autores devem explicar as razões para sua abordagem e demonstrar que o corpo de revisão institucional explicitamente aprovou os aspectos duvidosos do estudo. Ao relatar experimentos com animais, os autores devem indicar se as diretrizes institucionais e nacionais para o cuidado e uso de animais de laboratório foram seguidas.

11.3. Nos trabalhos experimentais envolvendo seres humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos seguiram os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (institucional e nacional) e da Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2008. Se houver dúvida quanto à realização da pesquisa em conformidade com a Declaração de Helsinki, os autores devem explicar as razões para sua abordagem e demonstrar que o corpo de revisão institucional explicitamente aprovou os aspectos duvidosos do estudo. Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do

Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para autores fora do Brasil, devem estar de acordo com *Committee on Publication Ethics (COPE)*.

#### 12. Ensaios clínicos

12.1. O *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e a Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que é importante promover uma base de dados de estudos clínicos abrangente e disponível publicamente. O ICMJE define um estudo clínico como qualquer projeto de pesquisa que prospectivamente designa seres humanos para intervenção ou comparação simultânea ou grupos de controle para estudar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho relacionado à saúde. As intervenções médicas incluem medicamentos, procedimentos cirúrgicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de atendimento, e outros.

12.2. O número de registro do estudo deve ser publicado ao final do resumo. Serão aceitos qualquer registro que satisfaça o ICMJE, ex. <http://clinicaltrials.gov/>. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.

12.3. Os ensaios clínicos devem seguir em sua apresentação as regras do CONSORT STATEMENT. Acesse <http://www.consort-statement.org/consort-statement/>

13. Citações bibliográficas: os Arquivos adotam as Normas de Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

14. Idioma: os artigos devem ser redigidos em língua portuguesa (com a ortografia vigente) e/ou inglês.

14.1. Para os trabalhos que não possuem versão em inglês ou que essa seja julgada inadequada pelo Conselho Editorial, a revista providenciará a tradução sem ônus para o(s) autor(es).

14.2. Caso já exista a versão em inglês, tal versão deve ser enviada para agilizar a publicação.

14.3. As versões inglês e português serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da SBC (<http://www.arquivosonline.com.br>) e da SciELO ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), permanecendo à disposição da comunidade internacional.

15. Avaliação pelos Pares (*peer review*): todos os trabalhos enviados aos ABC serão submetidos à avaliação inicial dos editores, que decidirão, ou não, pelo envio a revisão por pares (*peer review*), todos eles pesquisadores com publicação regular em revistas indexadas e cardiologistas com alta qualificação (Corpo de Revisores dos ABC <http://www.arquivosonline.com.br/conselhoderevisores/>).

15.1. Os autores podem indicar até cinco membros do Conselho de Revisores para análise do manuscrito submetido, assim como podem indicar até cinco revisores para não participar do processo.

15.2. Os revisores tecerão comentários gerais sobre o manuscrito e decidirão se esse trabalho deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações, ou rejeitado.

15.3. Os editores, de posse dos comentários dos revisores, tomarão a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os revisores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento.

15.4. As sugestões de modificação dos revisores serão encaminhadas ao autor principal. O manuscrito adaptado às novas exigências será reencaminhado aos revisores para verificação.

15.5. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste do Corpo de Revisores.

15.6. Os autores têm o prazo de trinta dias para proceder às modificações solicitadas pelos revisores e submeter novamente o artigo. A inobservância desse prazo implicará na retirada do artigo do processo de revisão.

15.7. Sendo aceitos para revisão, os pareceres dos revisores deverão ser produzidos no prazo de 30 dias.

15.8. As decisões serão comunicadas por mensagem do Sistema de Envio de Artigos e e-mail.

15.9. As decisões dos editores não serão discutidas pessoalmente, nem por telefone. As réplicas deverão ser submetidas por escrito à revista.

15.10. Limites de texto: a contagem eletrônica de palavras deve incluir a página inicial, resumo, texto, referências e legenda de figuras/tabelas.

	Artigo Original	Editorial	Artigo de Revisão Atualização Clínica	Relato de Caso	Comunicação Breve	Ponto de Vista	Carta ao Editor	Imagem	Correlações
Nº máx. de autores	10	2	4	6	8	8	3	5	4
Título (caracteres incluindo espaços)	150	120	150	120	120	120	120	120	120
Título reduzido (caracteres incluindo espaços)	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Resumo (nº máx. de palavras)	250	--	250	--	250	--	--	--	--
Nº máx. de palavras (incluindo referências)	5000	1500	6500	1500	1500	2500	500	250	800
Nº máx. de referências	40	15	80	10	10	20	5	--	10
Nº máx. de tabelas + figs + vídeo	8	2	8	2	2	2	1	1	1

### 15.11. Orientações Estatísticas

15.11.1. O uso adequado dos métodos estatísticos bem como sua correta descrição é de suma importância para a publicação nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Desta forma, a seguir, são apresentadas orientações gerais aos autores sobre as informações que devem ser fornecidas no artigo referente à análise estatística (para maiores detalhes, sugerimos a leitura das orientações estatísticas do European Heart Journal).

#### 1) Sobre a amostra:

- Detalhamento tanto da população de interesse quanto dos procedimentos utilizados para definição da amostra do estudo.

#### 2) Dentro do tópico Métodos, criação de um subtópico direcionado exclusivamente à descrição da análise estatística efetuada no estudo, contendo:

- Forma de apresentação das variáveis contínuas e/ou categóricas: para variáveis contínuas com distribuição normal, apresentação da média e desvio-padrão e, para as com distribuição não normal, apresentar através de mediana e intervalos interquartis. Já para as variáveis categóricas, as mesmas devem ser apresentadas através de números absolutos e percentagens, com os respectivos intervalos de confiança;
- Descrição dos métodos estatísticos utilizados. Na utilização de métodos estatísticos mais complexos, deve ser fornecida uma literatura de referência para os mesmos;
- Como regra, os testes estatísticos devem sempre ser bilaterais ao invés de unilaterais;
- Nível de significância estatística adotado; e
- Especificação do software empregado nas análises estatísticas e sua respectiva versão.

#### 3) Em relação à apresentação dos resultados obtidos após as análises estatísticas:

- Os principais resultados devem sempre ser descritos com seus respectivos intervalos de confiança;
- Não repetir no texto do artigo dados já existentes em tabelas e figuras;
- Ao invés de apresentar tabelas muito extensas, utilizar gráficos como alternativa de modo a facilitar a leitura e entendimento do conteúdo;
- Nas tabelas, mesmo que o p-valor não seja significativo, apresentar o respectivo valor em vez de "NS" (por exemplo,  $p = 0,29$  em vez de NS).

16. Os artigos deverão seguir a seguinte ordem:

#### 16.1. Página de título

#### 16.2. Texto

#### 16.3. Agradecimentos

#### 16.4. Legendas de figuras

#### 16.5. Tabelas (com legendas para as siglas)

#### 16.6. Referências

#### 16.7. Primeira Página:

16.7.1. Deve conter o título completo do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, assim como um título resumido (com até 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do artigo;

16.7.2. Devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para as keywords (descriptors). Os descritores devem ser consultados nos sites: <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês ou [www.nlm.nih.gov/mesh](http://www.nlm.nih.gov/mesh), para termos somente em inglês;

#### 16.8. Segunda Página:

16.8.1. Resumo (até 250 palavras): o resumo deve ser estruturado em cinco seções quando se tratar Artigo Original, evitando abreviações e observando o número máximo de palavras. No caso de Artigo de Revisão e Comunicação Breve, o resumo não é estruturado, respeitando o limite máximo de palavras.

Não cite referências no resumo:

- Fundamento (racional para o estudo);
- Objetivos;
- Métodos (breve descrição da metodologia empregada);
- Resultados (apenas os principais e mais significativos);
- Conclusões (frase(s) sucinta(s) com a interpretação dos dados).

Obs.: Os Relatos de Caso não devem apresentar resumo.

16.9. Texto para Artigo Original: deve ser dividido em introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões.

16.9.1. Introdução:

16.9.1.1. Não ultrapasse 350 palavras.

16.9.1.2. Faça uma descrição dos fundamentos e do racional do estudo, justificando com base na literatura.

16.9.2. Métodos: descreva detalhadamente como foram selecionados os sujeitos da pesquisa observacional ou experimental (pacientes ou animais de experimentação, incluindo o grupo controle, quando houver), incluindo idade e sexo.

16.9.2.1. A definição de raças deve ser utilizada quando for possível e deve ser feita com clareza e quando for relevante para o tema explorado.

16.9.2.2. Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (incluindo nome do fabricante, modelo e país de fabricação, quando apropriado) e dê detalhes dos procedimentos e técnicas utilizadas de modo a permitir que outros investigadores possam reproduzir os seus dados.

16.9.2.3. Justifique os métodos empregados e avalie possíveis limitações.

16.9.2.4. Descreva todas as drogas e fármacos utilizados, doses e vias de administração.

16.9.2.5. Descreva o protocolo utilizado (intervenções, desfechos, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística).

16.9.2.6. Em caso de estudos em seres humanos, indique se o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e se os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

16.9.3. Resultados: exibidos com clareza, subdivididos em itens, quando possível, e apoiados em número moderado de gráficos, tabelas, quadros e figuras. Evitar a redundância ao apresentar os dados, como no corpo do texto e em tabelas.

16.9.4. Discussão: relaciona-se diretamente ao tema proposto quando analisado à luz da literatura, salientando aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações. O último período deve expressar conclusões ou, se pertinentes, recomendações e implicações clínicas.

16.9.5. Conclusões

16.9.5.1. Ao final da sessão "Conclusões", indique as fontes de financiamento do estudo.

17. Agradecimentos: devem vir após o texto. Nesta seção, é possível agradecer a todas as fontes de apoio ao projeto de pesquisa, assim como contribuições individuais.

17.1. Cada pessoa citada na seção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome, uma vez que pode implicar em endosso dos dados e conclusões.

17.2. Não é necessário consentimento por escrito de membros da equipe de trabalho, ou colaboradores externos, desde que o papel de cada um esteja descrito nos agradecimentos.

18. Referências: os Arquivos seguem as Normas de Vancouver.

18.1. As referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto e apresentadas em sobrescrito.

18.2. Se forem citadas mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, separadas por um traço (Exemplo: 5-8).

18.3. Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23). As abreviações devem ser definidas na primeira aparição no texto.

18.4. As referências devem ser alinhadas à esquerda.

18.5. Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado.

18.6. Citar todos os autores da obra se houver seis autores ou menos, ou apenas os seis primeiros seguidos de et al, se houver mais de seis autores.

18.7. As abreviações da revista devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline – na publicação List of Journals Indexed in Index Medicus ou por meio do site <http://locatorplus.gov/>.

18.8. Só serão aceitas citações de revistas indexadas. Os livros citados deverão possuir registro ISBN (International Standard Book Number).

18.9. Resumos apresentados em congressos (abstracts) só serão aceitos até dois anos após a apresentação e devem conter na referência o termo "resumo de congresso" ou "abstract".

19. Política de valorização: os editores estimulam a citação de artigos publicados nos Arquivos.

20. Tabelas: numeradas por ordem de aparecimento e adotadas quando necessário à compreensão do trabalho. As tabelas não deverão conter dados previamente informados no texto. Indique os marcadores de rodapé na seguinte ordem: \*, †, ‡, §, //, ¶, #, \*\*, ††, etc. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço: [http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/manual\\_de\\_formatacao\\_abc.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf)

21. Figuras: as figuras submetidas devem apresentar boa resolução para serem avaliadas pelos revisores. As legendas das figuras devem ser formatadas em espaço duplo e estar numeradas e ordenadas antes das Referências. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço: [http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/manual\\_de\\_formatacao\\_abc.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf)

22. Imagens e vídeos: os artigos aprovados que contenham exames (exemplo: ecocardiograma e filmes de cinecoronariografia) devem ser enviados através do sistema de submissão de artigos como imagens em movimento no formato MP4 com codec h:264, com peso de até 20 megas, para serem disponibilizados no site <http://www.arquivosonline.com.br> e nas revistas eletrônicas para versão tablet.

23. Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos e de avaliação.

## ANEXO 2

## Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL

Moreira-Almeida, A. et al. / Rev. Psiq. Clín 35(1); 31-32, 2008

## Índice de Religiosidade da Universidade Duke

- (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 do que 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 ou nunca
- (3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
1. Totalmente verdade para mim
  2. Em geral é verdade
  3. Não estou certo
  4. Em geral não é verdade
  5. 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 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

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

### ANEXO 3 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – SEGUNDA EDIÇÃO (BDI-II) ARG.04.11

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_ PROTOUÁRIO: \_\_\_\_\_

Este questionário possui 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente e circule o número (0, 1, 2 ou 3) da frase de cada grupo que melhor descreva o modo como você está se sentindo nas duas últimas semana, incluindo hoje. Se mais de uma afirmação no 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 a questão 16 e a questão 18.

<b>Q.01</b>	<b>TRISTEZA</b>	<b>Q.05</b>	<b>SENTIMENTO DE CULPA</b>
0	Não me sinto triste	0	Não me sinto particularmente culpado (a)
1	Eu me sinto triste grande parte do tempo	1	Eu me sinto culpado (a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito
2	Estou triste o tempo todo	2	Eu me sinto culpado (a) a maior parte do tempo
3	Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar	3	Eu me sinto culpado (a) o tempo todo
<b>Q. 02</b>	<b>PESSIMISMO</b>	<b>Q. 06</b>	<b>SENTIMENTO DE PUNIÇÃO</b>
0	Não estou desanimado (a) a respeito do meu futuro	0	Não sinto que estou sendo punido (a)
1	Eu me sinto mais desanimado (a) a respeito do meu futuro do que de costume	1	Sinto que posso ser punido (a)
2	Não espero que as coisas deem certo para mim	2	Eu acho que serei punido (a)
3	Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar	3	Sinto que estou sendo punido (a)
<b>Q. 03</b>	<b>FRACASSO PASSADO</b>	<b>Q.07</b>	<b>AUTO-ESTIMA</b>
0	Não me sinto um fracasso	0	Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo (a)
1	Tenho fracassado mais do que deveria	1	Perdi a confiança em mim mesmo (a)
2	Quando penso no passado vejo muitos fracassos	2	Estou desapontado comigo mesmo (a)
3	Sinto que como pessoa sou um fracasso total	3	Não gosto de mim
<b>Q. 04</b>	<b>PERDA DE PRAZER</b>	<b>Q. 08</b>	<b>AUTOCRÍTICA</b>
0	Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto	0	Não me critico nem me culpo mais do que o habitual
1	Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir	1	Estou sendo mais critico (a) comigo mesmo (a) do que eu costumava ser
2	Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar	2	Eu me critico por todos os meus erros
3	Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar	3	Eu me culpo por tudo de ruim que acontece

<b>Q.09</b>	<b>PENSAMENTO OU DESEJO SUICIDA</b>	<b>Q. 14</b>	<b>DESVALORIZAÇÃO</b>
0	Não tenho nenhum pensamento de me matar	0	Não me sinto sem valor
1	Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria adiante	1	Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes
2	Gostaria de me matar	2	Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas
3	Eu me mataria se tivesse oportunidade	3	Eu me sinto completamente sem valor
<b>Q. 10</b>	<b>CHORO</b>	<b>Q. 15</b>	<b>FALTA DE ENERGIA</b>
0	Não choro mais do que chorava antes	0	Tenho tanta energia hoje como sempre tive
1	Choro mais agora do que costumava chorar	1	Tenho menos energia do que costumava ter
2	Choro por qualquer coisinha	2	Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa
3	Sinto vontade de chorar, mas não consigo	3	Não tenho energia suficiente para nada
<b>Q. 11</b>	<b>AGITAÇÃO</b>	<b>Q. 16</b>	<b>ALTERAÇÃO NO PADRÃO DE SONO</b>
0	Não me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes	0	Não percebi nenhuma mudança no sono
1	Eu me sinto mais inquieto (a) ou agitado (a) do que me sentia antes	1a	Durmo um pouco mais do que o habitual
2	Eu me sinto tão inquieto (a) ou agitado (a) que é difícil ficar parado (a)	1b	Durmo um pouco menos do que o habitual
		2a	Durmo muito mais do que o habitual
3	Estou tão inquieto (a) ou agitado (a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa	2b	Durmo muito menos do que o habitual
		3a	Durmo a maior parte do dia
		3b	Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir
<b>Q. 12</b>	<b>PERDA DE INTERESSE</b>	<b>Q.17</b>	<b>IRRITABILIDADE</b>
0	Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades	0	Não estou mais irritado (a) do que o habitual
1	Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar	1	Estou mais irritado (a) do que o habitual
2	Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas	2	Estou muito mais irritado (a) do que o habitual
3	É difícil me interessar por alguma coisa	3	Fico irritado (a) o tempo todo
<b>Q.13</b>	<b>INDECISÃO</b>		
0	Tomo minhas decisões tão bem quanto antes		
1	Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes		
2	Tenho mais dificuldades em tomar decisões agora do que antes		

3	Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão
<b>Q. 18</b>	<b>ALTERAÇÃO DO APETITE</b>
0	Não percebi nenhuma mudança no meu apetite
1a	Meu apetite está um pouco menos do que o habitual
1b	Meu apetite está um pouco maior do que o habitual
2a	Meu apetite está muito menor do que antes
2b	Meu apetite está muito maior do que antes
3a	Não tenho nenhum apetite
3b	Quero comer o tempo todo
<b>Q. 19</b>	<b>DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO</b>
0	Posso me concentrar tão bem quanto antes
1	Não posso me concentrar tão bem como habitualmente
2	É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo
3	Eu acho que não consigo me concentrar em nada
<b>Q. 20</b>	<b>CANSAÇO OU FADIGA</b>
0	Não estou mais cansado (a) ou fatigado (a) do que habitual
1	Fico cansado (a) ou fatigado (a) mais facilmente do que o habitual
2	Eu me sinto muito cansado (a) ou fatigado (a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer
3	Eu me sinto muito cansado (a) ou fatigado (a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer
<b>Q. 21</b>	<b>PERDA DE INTERESSE POR SEXO</b>
0	Não notei mudança recente no meu interesse por sexo
1	Estou menos interessado (a) em sexo do que costuma estar
2	Estou menos interessado (a) em sexo agora
3	Perdi completamente o interesse por sexo



## ANEXO 4 - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns na ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista e 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	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pode suportar
1	Dormência/Formigamento				
2	Sensação de calor				
3	Tremores nas pernas				
4	Incapaz de relaxar				
5	Medo que aconteça o pior				
6	Atordoado/tonto				
7	Palpitação				
8	Insegurança				
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	Desconforto no abdômen				
19	Sensação de desmaio				
20	Rubor facial				
21	Sudorese				