



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

DIEGO MALDINI BORBA DE LIMA

**RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA E SÍNDROME
CORONARIANA CRÔNICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

ARACAJU

2023

DIEGO MALDINI BORBA DE LIMA

**RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA E SÍNDROME
CORONARIANA CRÔNICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL.**

Monografia apresentada pelo aluno Diego Maldini Borba de Lima ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Medicina, sob orientação da Prof. Dra. Joselina Luzia Menezes Oliveira.

ARACAJU

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA E SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA: UM
ESTUDO TRANSVERSAL.**

Monografia apresentada pelo aluno Diego Maldini Borba de Lima ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Medicina, sob orientação da Prof. Dra. Joselina Luzia Menezes Oliveira.

Aprovada em: ____/____/____

Autor: Diego Maldini Borba de Lima

Prof. Dra. Joselina Luzia Menezes Oliveira
Orientadora – Departamento de Medicina - UFS

ARACAJU

2023

DIEGO MALDINI BORBA DE LIMA

**RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA E SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA: UM
ESTUDO TRANSVERSAL.**

Monografia apresentada pelo aluno Diego Maldini Borba de Lima ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Medicina, sob orientação da Prof. Dra. Joselina Luzia Menezes Oliveira.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Joselina Luzia Menezes Oliveira
Orientadora – Departamento de Medicina – UFS

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Aracaju, 28 de setembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Sobretudo, a Deus, por ter me sustentado em todas as áreas da minha vida e nunca ter deixado me faltar o essencial.

À minha família, que ainda que estando longe geograficamente, sempre esteve presente de alguma forma.

À minha namorada, Carine, a despeito da distância, ter sido minha companheira e um exemplo de amor, esforço, maturidade e paciência.

Aos amigos da turma 103, em especial meu subgrupo, Phil, Mariano, Wesley e Lucas, que foram minha família neste momento da graduação.

À professora Joselina Menezes, minha orientadora, pelos ensinamentos e acolhimento.

A todos os professores que contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

RESUMO

Fundamento: Apesar da popularização do termo “resiliência”, poucos estudos correlacionam SCC e seus fatores de risco com a RP, tendo resultados variáveis. **Objetivos:** avaliar a RP em pacientes com Síndrome Coronariana Crônica (SCC) e sem SCC, bem como relacionar RP e os fatores de risco associados à SCC comparando seus níveis de RP com os de pacientes sem SCC. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, de caráter analítico. A RP foi avaliada quantitativamente pela escala CD-RISC-10. Os níveis de resiliência foram avaliados conforme a distribuição de fatores de risco e doenças cardiovasculares por meio de correlação linear de Pearson e teste T de Student para amostras independentes, quando as variáveis apresentavam distribuição normal, ou por meio de teste U de Mann-Whitney, quando o pressuposto de normalidade não foi atendido. Nível de significância foi fixado em 5%. **Resultados:** A amostra incluiu 237 pacientes, dos quais 132 são do sexo feminino (55,7%). A média de idade da amostra foi de $60,8 \pm 10,7$ anos. O nível de resiliência, avaliado através do CD-RISC, não divergiu segundo a distribuição da maioria dos fatores de risco para SCC, com exceção da idade e do sedentarismo, que apresentaram associação positiva significativa com o nível de resiliência. **Conclusão:** Os indivíduos com SCC não demonstraram diferenças significativas nos níveis de resiliência quando comparados aos indivíduos sem SCC. A idade apresentou correlação positiva significativa com o nível de resiliência, isto é, quanto mais avançada a idade, maior o nível de resiliência. O sedentarismo esteve relacionado com menor RP.

Palavras-chave: Resiliência psicológica; Doença Cardiovascular; Fatores de risco para Síndrome Coronariana Crônica.

ABSTRACT

Background: Despite the popularization of the term “resilience”, few studies correlate CCS and its risk factors with PR, with variable results. **Objectives:** to evaluate PR in patients with Chronic Coronary Syndrome (CCS) and without CCS, as well as to relate PR and risk factors associated with CCS by comparing their PR levels with those of patients without CCS. **Methods:** This is an observational study , cross-sectional, of an analytical nature. The PR was quantitatively evaluated using the CD-RISC-10 scale. Resilience levels were assessed according to the distribution of risk factors and cardiovascular diseases using Pearson's linear correlation and Student's t test for independent samples, when the variables had normal distribution, or using the Mann-Whitney U test, when the assumption of normality was not met. Significance level was set at 5%. **Results:** the sample included 237 patients, of which 132 were female (55.7%). The average age of the sample was 60.8 ± 10.7 years. The level of resilience, assessed using the CD-RISC, did not differ according to the distribution of most risk factors for CCS, with the exception of age and sedentary lifestyle, which showed a significant positive association with the level of resilience. **Conclusion:** individuals with CCS showed no significant differences in resilience levels when compared to individuals without SCC. Age showed a significant positive correlation with the level of resilience, in other words, the older the age, the higher the level of resilience. Sedentarism was related to lower PR.

Keywords: Psychological Resilience; Cardiovascular Diseases; Chronic Coronary Syndrome.

LISTA DE ABREVIATURAS

RP: Resiliência psicológica

DAC: Doença Arterial Coronariana

SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCC: Síndrome Coronariana Crônica

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

DM: Diabetes Mellitus Tipo II

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas da amostra geral.	40
Tabela 2 – Dados relacionados à escala CD-RISC para amostra própria e para amostra de estudos de validação.	41
Tabela 3 – Médias do CD-RISC para a amostra de acordo com a distribuição de SCC.	41
Tabela 4 – Relação entre CD-RISC e fatores de risco para SCC para a amostra estudada.	42

SUMÁRIO

1. REVISÃO DE LITERATURA	10
1.1. A Resiliência Psicológica	10
1.2. A Doença Arterial Coronariana	11
1.3. Resiliência Psicológica E Doenças Cardiovasculares	12
1.4. Escala de Connor e Davidson	13
Referências Bibliográficas	15
2. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICO: ABC CARDIOL	17
2.1. Normas De Submissão Para Artigo Original	27
2- Resumo:	28
3- Corpo do artigo:	28
4- Agradecimentos	
5- Figuras e Tabelas	30
6- Referências bibliográficas	31
3. ARTIGO ORIGINAL	33
RESUMO	34
1. INTRODUÇÃO	35
2. MÉTODOS	35
2.1 Tipo de Estudo	35
2.2 Participantes	35
2.3 Variáveis	36
2.3.1 CD-RISC	37
2.4 Análise estatística	37
3. RESULTADOS	37
3.1 Caracterização da amostra	37
3.2 Resiliência da amostra segundo o CD-RISC	38
3.3 Médias de Resiliência (CD-RISC) segundo a distribuição de SCC	38
3.4 Médias de Resiliência (CD-RISC) segundo a distribuição dos fatores de risco para SCC	38
4. DISCUSSÃO	38
5. CONCLUSÕES	39
6. FIGURAS E TABELAS	40
7. AGRADECIMENTOS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
4. ANEXOS	46
ANEXO I- Termo De Consentimento Livre E Esclarecido- TCLE	46
ANEXO II- Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa	48
Parte I – Caracterização e dados sociodemográficos/culturais	48
Parte II – Variáveis clínicas	49
Parte III- Medicções utilizadas:	49
Parte IV- Eventos e exames	49

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1. A Resiliência Psicológica

Para Brandão *et al.*(2011), conceitualmente, o termo “resiliência psicológica” comporta a ideia de se “retornar ao que se era antes”, referindo-se, a depender do autor, ora à capacidade do indivíduo de resistir ao estresse ou a sua capacidade de recuperação e superação frente às adversidades da vida.

Nas últimas décadas, as pesquisas acerca de resiliência psicológica (RP) têm aumentado muito, a fim de complementar modelos deficientes de adoecimento e psicopatologia (WINDLE; *et al.*, 2011).

Nesse contexto, ainda de acordo com Brandão *et al.*(*op.cit.*) uma obra considerada pioneira no estudo da RP foi a de Werner e Smith (1982), intitulada “Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth”, a qual, de acordo com Werner (1997), foi um estudo de coorte que seguiu 698 crianças na ilha de Kauai, Estados Unidos da América, por 40 anos das quais, aproximadamente, 30% dos sobreviventes ao fim do estudo foram submetidos a fatores estressantes na infância, como pobreza, trauma perinatal, conflito ou abuso de substâncias na família e um terço destes, a despeito dos fatores estressantes, tornaram-se adultos competentes, confiantes e responsáveis.

Mais tarde, Rutter (1985), comentando sobre o estudo de Werner e Smith, pondera que a resiliência não deve ser entendida como uma característica intrínseca e fixa do indivíduo, ao invés disso, a resistência ao estresse é relativa e se deve a fatores constitucionais e ambientais aos quais o indivíduo está exposto, variando de acordo com a circunstância. Segundo o mesmo autor, experiências em animais evidenciaram que o estresse no início da vida leva a mudanças neuroendócrinas que aumentam a resistência para experiências estressantes posteriores, no entanto, em outras circunstâncias, experiências estressantes podem deixar o indivíduo mais suscetível a estressores posteriores e desenvolverem uma resposta desadaptativa.

Manifestações de baixa RP incluem transtorno depressivo maior, medo, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e outros transtornos relacionados a resposta negativa ao estresse (LIU; *et al.*, 2018).

Simeon *et al.* (2007) afirma que alguns dos determinantes de RP são: neurobiologia, temperamento e ambiente. Uma infância com adversidade estaria relacionada a níveis menores de resiliência.

Fatores protetivos envolvidos na RP, como otimismo, autocuidado, independência e suporte social influenciam na progressão, sintomatologia, e mortalidade de doenças crônicas.

Alguns estudos demonstram uma relação inversa da resiliência e ansiedade, atividade de espondilite anquilosante e níveis séricos de hemoglobina glicada em pacientes diabéticos, bem como níveis maiores de resiliência estão relacionados a hábitos de vida mais saudáveis, tais como hábitos alimentares adequados e prática de esportes (CAL; *et al.*, 2015).

Nas últimas décadas, modelos animais e humanos têm ajudado a compreender a neurobiologia envolvida na RP. Algumas das vias neurais envolvidas são o córtex pré-frontal medial, hipocampo e via dopaminérgica mesolímbica. Tanto a psicoterapia quanto a comportamental têm sido utilizadas como ferramentas para aumentar a flexibilidade mental e RP de indivíduos, algumas técnicas têm sido utilizadas para tanto, porém mesmo que com bons resultados, a efetividade de cada método varia para cada indivíduo (LIU; *et al.*, 2018).

No Brasil, os estudos acerca da resiliência são recentes, iniciando na década de 1990 (LOPES; MARTINS, 2011).

Melo *et al.*(2020) analisou a resiliência em amostras brasileiras e constatou uma média geral baixa nos índices de RP. Ademais, maior resiliência estava relacionada a certas características sociodemográficas: pessoas religiosas, com maior escolaridade, divorciados/casados, não fumantes.

1.2. A Doença Arterial Coronariana

A doença arterial coronariana (DAC) é um processo patológico caracterizado por um acúmulo de placas ateroscleróticas em artérias epicárdicas e caracteristicamente pode se apresentar de duas formas clínicas: a síndrome coronariana crônica, na qual a placa está estável, podendo permanecer de tal forma por um longo período de tempo, e na síndrome coronariana aguda, na qual ocorrem rupturas ou erosões de tais placas, levando a eventos isquêmicos agudos. É uma doença crônica, que pode ter seu curso mudado por mudanças de estilo de vida e terapia medicamentosa (SOCIEDADE EUROPEIA DE CARDIOLOGIA, 2019). É a principal causa de morte no Brasil e no mundo, tendo como sua primeira apresentação clínica a morte súbita em 40% dos casos (SANTOS;BIANCO, 2018).

Os pacientes que apresentam síndrome coronariana crônica (SCC) podem ser completamente assintomáticos, apresentarem dor anginosa ou sinais de insuficiência cardíaca (SANTOS;BIANCO, op.cit.). A dor anginosa típica é caracterizada como uma sensação de desconforto subesternal, de peso ou de opressão que pode irradiar para mandíbula, dorso, ombro ou braço, usualmente causada por esforço físico, estresse emocional ou frio e é aliviada com o uso de nitratos ou com o repouso. Fatores de risco, como tabagismo, hipertensão, diabetes, dislipidemia e histórico familiar de infarto agudo do miocárdio precoce aumentam a probabilidade de DAC. A eletrocardiografia de repouso pode ser normal em pacientes com SCC, ou vir com alterações inespecíficas. Testes não invasivos, como o teste

ergométrico, ecocardiografia transtorácica de esforço ou de estresse farmacológico, cintilografia miocárdica, tomografia coronariana e a ressonância nuclear magnética cardiovascular são ferramentas úteis no diagnóstico da doença arterial coronariana e na maioria das vezes são utilizadas em uma primeira abordagem diagnóstica, como método não-invasivo. (FORD;CORCORAN; BERRY, 2018; CASAR; *et al.*, 2009; SANTOS;BIANCO, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014). A angiografia coronariana, que é um método invasivo e mais acurado, está indicada nos casos em que os testes não-invasivos não estão indicados ou há um benefício do método invasivo devido a doenças, instabilidade clínica ou para pacientes que exercem profissão de risco populacional, como pilotos de avião e bombeiros. Além disso, pacientes com alto risco para doença arterial coronariana e com testes não invasivos conflitantes ou não claramente diagnósticos também se beneficiam de abordagem invasiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

Emoções e cognição podem ter papel fundamental nos diversos estágios na iniciação e progressão da aterosclerose coronariana. Sabidamente, pacientes cardiopatas têm maior risco de isquemia miocárdica enquanto estão evidenciando emoções negativas. Vários estudos epidemiológicos relacionam o estresse mental com a morbimortalidade na DAC. O sistema cardiovascular participa ativamente das adaptações ao estresse, as alterações dos sistemas neuro-humorais relacionadas ao estresse resultam em um aumento da frequência cardíaca, contratilidade, débito cardíaco, inflamação e pressão arterial. Além disso, o estresse mental afeta a hemostasia, reduzindo a atividade do ativador do plasminogênio tecidual (tPA), aumentando o tempo de lise do coágulo e do inibidor do plasminogênio tecidual (GALLO, *et al.*, 2004; LOUDES; *et al.*, 2002).

1.3. Resiliência Psicológica E Doenças Cardiovasculares

A atualização de 2019 da “Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)” cita a RP como uma característica que estaria relacionada a uma melhor adesão terapêutica e qualidade de vida, estando inversamente relacionada a sintomas depressivos. Além disso, relaciona a cardiopatia isquêmica a indivíduos resilientes, sugerindo que as doenças possam agir como um agente facilitador, gerando resiliência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2019). Lemos *et al.* (2012), avaliou a RP em pacientes coronariopatas, os quais 81% foram considerados resilientes, corroborando com a afirmação da SBC.

GHULAM; *et al.*(2022) analisaram 17 estudos que correlacionaram RP e doenças cardiovasculares ou metabólicas, estando níveis menores de resiliência relacionados a: maior risco de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, em ao menos

metade dos estudos analisados. No entanto, estudos semelhantes ainda são escassos e os resultados são variáveis.

1.4. Escala de Connor e Davidson

Na tentativa de quantificar a RP de indivíduos, várias escalas foram criadas. Windle; *et al.* (2011), em uma revisão sistemática, avaliou 15 escalas nesse contexto. A escala de Connor e Davidson (2003) é uma escala Likert que foi desenvolvida para a prática clínica, a fim de avaliar de forma operacional a capacidade do indivíduo de lidar com estresse psicológico. A escala buscava analisar os fatores: competência pessoal, confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade, aceitação positiva da mudança, controle e espiritualidade, através de 25 itens, com pontuação de 0 a 4 cada, na qual o indivíduo responderia baseado em como tem se sentido durante o mês anterior até o dia atual, com uma pontuação a pontuação geral sendo o somatório de todas as pontuações e uma pontuação mais alta indicando uma maior resiliência. No mesmo estudo, após aplicação da escala pré e pós tratamento em indivíduos com transtorno do estresse pós traumáticos que não responderam ao tratamento, estes tiveram média pré e pós testes semelhantes, enquanto aqueles que tiveram boa resposta tiveram médias diferentes, com significância estatística (CONNOR;DAVIDSON, 2003; WINDLE; *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a escala de Connor e Davidson se mostrou uma boa forma de se quantificar a RP de um indivíduo, tanto pelo alfa de Cronbach (0,89) quanto pelas análises de teste-reteste, sendo amplamente utilizada em diversos países (LOPES;MARTINS, 2011). Sills e Stein (2007) após uma análise fatorial da escala de Connor e Davidson, fizeram uma escala unifatorial, de 10 ítems, facilitando o preenchimento e proporcionando basicamente os mesmos resultados. A escala de 10 ítems foi validada para amostras brasileiras por Lopes e Martins (2011), apresentando índice de consistência interna satisfatório (0,82). Abaixo, a representação da escala:

ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL-10BRASIL (CD-RISC10BRASIL)

Quanto as afirmações abaixo, avalie quais são verdadeiras para você, pensando no mês passado. Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas:

0	1	2	3	4
Nem um pouco verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro

1.	Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.	0	1	2	3	4
2.	Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	0	1	2	3	4
3.	Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas.	0	1	2	3	4
4.	Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	0	1	2	3	4
5.	Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.	0	1	2	3	4
6.	Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	0	1	2	3	4
7.	Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	0	1	2	3	4
8.	Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	0	1	2	3	4
9.	Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	0	1	2	3	4
10.	Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	0	1	2	3	4

Referências Bibliográficas

- WINDLE, Gill; BENNETT, Kate M; NOYES, Jane. A methodological review of resilience measurement scales. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, n. 1, p. 8, 2011.
- BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLI-NASCIMENTO, Ingrid Faria. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 21, n. 49, p. 263–271, 2011.
- WERNER, Emmy E. **Vulnerable, But Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth**. [s.l.: s.n.], 1982.
- WERNER, Ee. Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. **Acta Paediatrica**, v. 86, n. S422, p. 103–105, 1997.
- RUTTER, Michael. Resilience in the Face of Adversity. **British Journal of Psychiatry**, v. 147, n. 6, p. 598–611, 1985.
- LIU, Haoran; ZHANG, Chenfeng; JI, Yannan; *et al.* Biological and Psychological Perspectives of Resilience: Is It Possible to Improve Stress Resistance? **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 12, 2018.
- CAL, Sílvia Fernanda; SÁ, Lis Ribeiro de; GLUSTAK, Maria Eugênia; *et al.* Resilience in chronic diseases: A systematic review. **Cogent Psychology**, v. 2, n. 1, p. 1024928, 2015.
- LOPES, Vanessa Rodrigues; MARTINS, Maria do Carmo Fernandes. Validação fatorial da escala de resiliência de connor-davidson (CD-RISC-10) para brasileiros. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 36-50, dez. 2011.
- MELO, Cynthia de Freitas; VASCONCELOS FILHO, José Eurico de; TEÓFILO, Marina Braga; *et al.* Resiliência: Uma Análise a Partir das Características Sociodemográficas da População Brasileira. **Psico-USF**, v. 25, n. 1, p. 139–154, 2020.
- LEMOS, Conceição Maria Martins de; MORAES, David William; PELLANDA, Lucia Campos. Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 2, 2016.
- KNUUTI, Juhani; WIJNS, William; SARASTE, Antti; *et al.* 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. **European Heart Journal**, v. 41, n. 3, p. 407–477, 2019.
- SANTOS, Edmar; BIANCO, Henrique. Atualizações em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n. 1, 2018.
- FORD, T. J.; CORCORAN, D.; BERRY, C. Stable coronary syndromes: Pathophysiology, diagnostic advances and therapeutic need. **Heart**, v. 104, n. 4, p. 284–292, 2018.
- CASSAR, Andrew; HOLMES, David R., Jr; RIHAL, Charanjit S.; *et al.* Chronic Coronary Artery Disease: Diagnosis and Management. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 84, n. 12, p.

1130–1146, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de Doença Coronária Estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 103, n. 2, p. 1–59, 2014.

LOURES, Débora Lopes; SANT’ANNA, Isis; BALDOTTO, Clarissa Seródio da Rocha; *et al.* Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 78, n. 5, 2002.

GALLO, Linda C.; GHAED, Shiva G.; BRACKEN, Wendy S. Emotions and Cognitions in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience, and Social Context. **Cognitive Therapy and Research**, v. 28, n. 5, p. 669–694, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian society of cardiology – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 50–59, 2019.

GHULAM, Anwal; BONACCIO, Marialaura; COSTANZO, Simona; *et al.* Psychological Resilience, Cardiovascular Disease, and Metabolic Disturbances: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, v. 13, 2022.

WINDLE, Gill; BENNETT, Kate M; NOYES, Jane. A methodological review of resilience measurement scales. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, n. 1, p. 8, 2011.

CONNOR, Kathryn M.; DAVIDSON, Jonathan R.T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, v. 18, n. 2, p. 76–82, 2003.

CAMPBELL-SILLS, Laura; STEIN, Murray B. Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. **Journal of Traumatic Stress**, v. 20, n. 6, p. 1019–1028, 2007.

2. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICO: ABC CARDIOL

Por Que Publicar Na Revista ABC Cardiol?

- Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (ABC Cardiol) são uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia.
- É considerada o principal veículo de divulgação das pesquisas cardiovasculares brasileiras;
- Missão: Divulgar o conteúdo de pesquisas científicas nacionais e internacionais na área de doenças cardiovasculares; promover o debate científico na área de doenças cardiovasculares através da publicação de artigos de revisão, pontos de vista, editoriais, cartas e outros; e veicular diretrizes e normatizações científicas da SBC.
- Está 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;
- As versões inglês e português são disponibilizadas gratuitamente (*open access*), na íntegra, no endereço eletrônico da SBC (<https://abccardiol.org/>), da SciELO (www.scielo.br) e PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), permanecendo à disposição <https://abccardiol.org/> da comunidade internacional;
- Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos e de avaliação;
- A ABC Cardiol é favorável à **Ciência Aberta**.
- A ABC Cardiol aceita artigo **Preprint**.

Ciência Aberta

A expressão ciência aberta (*open science*) faz referência a um modelo de prática científica em consonância com a evolução digital que propõe a disponibilização das informações em rede, de forma oposta à pesquisa fechada dos laboratórios.¹

A prática da ciência aberta envolve a publicação dos dados das pesquisas, o aceleração dos processos editoriais e de comunicação por meio da publicação contínua dos artigos e adoção de *Preprints*, maximização da transparência nos processos de avaliação e fluxos de comunicação, e a busca por sistemas mais abrangentes para a avaliação de artigos e periódicos.^{2,3}

Preprint

O *Preprint* é um manuscrito científico completo que é depositado pelos autores em um servidor público. O *Preprint* contém dados e metodologias completos. Este é publicado

na Web dentro de aproximadamente um dia, sem passar por avaliação pelos pares e pode ser visualizado gratuitamente por qualquer pessoa no mundo, em plataformas hoje desenvolvidas para este propósito, permitindo que os cientistas controlem diretamente a disseminação de seu trabalho na comunidade científica mundial. Na maioria dos casos, o mesmo trabalho publicado como *Preprint* também é submetido para avaliação por pares em um periódico. Assim, os *Preprints* (não validados através de *peer-review*) e a publicação de periódicos (validados por meio de *peer review*) funcionam em paralelo como um sistema de comunicação para a pesquisa científica.^{4,5}

Depositar um manuscrito em uma plataforma de *Preprints* não é considerado publicação duplicada. A submissão de um artigo a ABC Cardiol implica que ele não tenha sido publicado total ou parcialmente como parte de livros ou em revistas e que não tenha sido enviado simultaneamente a outro periódico. Manuscritos publicados em anais de eventos científicos, em versões preliminares e working papers, ou em plataformas de preprint são considerados inéditos.

Manuscritos previamente disponibilizados em servidores preprint deverão informar a localização virtual dele (link, DOI etc.) e serão submetidos à revisão cega, em que os pareceristas tomam conhecimento da identidade do(a) autor(a). Manuscritos não disponibilizados em servidores preprint continuam sendo avaliados no sistema duplo-cego, no qual nem pareceristas, nem autores/as conhecem suas identidades. Comentários recebidos por manuscritos em preprints podem ser considerados pelos editores durante o *peer review*.

Caso o autor de um manuscrito que esteja em *peer review* na ABC Cardiol queira depositá-lo em um servidor preprint, deve solicitar a autorização do periódico por meio de e-mail: revista@cardiol.br.

Artigos aceitos que permanecerem disponíveis em servidores preprint devem indicar o link da versão publicada na ABC Cardiol.

A revista ABC Cardiol procura manter sua plataforma e regras em constante atualização, caminhando em conjunto com as tendências da publicação científica moderna. Aceitamos hoje os *Preprints* e o uso de plataformas open science como uma maneira de incentivar a comunicação entre os autores.

Fontes:

¹ https://pt.wikipedia.org/wiki/Ci%C3%Aancia_aberta

² <https://www.cienciaaberta.net/>

³ <http://www.ciencia-aberta.pt/sobre-ciencia-aberta>

⁴ <http://blog.scielo.org/blog/2017/02/22/scielo-preprints-a-caminho/#.Wt3U2IjwY2w>

⁵ <http://asapbio.org/preprint-info>

Construção Do Artigo

Tipos De Artigos

Artigo Original: A revista ABC Cardiol aceita todos os tipos de pesquisa original na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental. Os ensaios clínicos devem seguir recomendações específicas (**ver item Documentações e definições específicas para ensaios clínicos**). Observação: Análises sistemáticas e metanálises são consideradas como artigo original, e não revisões.

Revisão: 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. Observação: Análises sistemáticas e metanálises são consideradas como artigo original, e não revisões.

Diretriz: As diretrizes apresentam evidências relevantes para ajudar os profissionais da saúde a avaliar os benefícios e riscos de um determinado procedimento diagnóstico ou terapêutico. Eles devem ser essenciais na tomada de decisão clínica diária. Trata-se de um documento que abrange um corpo de evidências.

Posicionamento: Documento que se destina a dar suporte aos profissionais em uma tomada de decisão, porém, não possui um corpo de evidências suficiente para que seja denominado como diretriz.

Atualização de Diretriz: Documento contendo inovações e atualizações sobre um determinado subtópico de uma diretriz já publicada, havendo atualização anual.

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 serão a base do parecer a ser emitido.

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.

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.

Editorial: Assuntos ou artigos abordados criticamente por especialista da área. Todos os editoriais da revista ABC Cardiol são escritos por meio de convite. Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

Minieditorial: Também realizado mediante convite, trata-se de artigo voltado para comentários de artigos originais publicados no periódico com conteúdo científico e opinião de especialista na área.

Carta ao Editor: Correspondências de conteúdo científico relacionadas a artigos publicados na revista ABC Cardiol. Os autores do artigo original citado serão convidados a responder.

Carta Científica: São relatórios concisos e focados em pesquisa original, caso clínico ou opinião. As cartas não devem duplicar outro material publicado ou enviado para publicação.

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 e ressaltem pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento.

Correlações:

Anátomo-Clínica: Apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anátomo-patológico.

Clínico-Imagenológica: Apresentação de um caso de cardiopatia, salientando a importância dos elementos de imagem e/ou clínicos para a consequente correlação com outros exames, que comprovam o diagnóstico. Ultima-se daí a conduta adotada.

Organização Dos Artigos E Normas Técnicas

Idioma

A ABC Cardiol é uma publicação bilíngue. Os artigos podem ser submetidos em língua portuguesa e/ou inglesa. Para os artigos aprovados, é obrigatória a entrega do segundo idioma caso o autor tenha optado em submeter o artigo somente no idioma português. O autor pode solicitar a tradução através da revista ou entregar no prazo máximo de 30 dias. No caso da não entrega, o artigo será cancelado. O autor que submeter o artigo no idioma inglês não precisará providenciar a tradução, porém, no ato da submissão, é recomendado o envio dos artigos nos dois idiomas para agilização do processo de produção caso seja possível.

Ordenação:

Importante: Os textos devem ser editados em processador de texto (exemplo: Word da Microsoft®, Google Docs®, Writer®).

Material Suplementar

Os autores podem enviar material suplementar para acompanhar seu artigo, sendo a publicação somente on-line, quando houver espaço insuficiente para incluí-lo no artigo impresso. Este material deve ser importante para a compreensão e interpretação do artigo e não deve repetir informações do artigo impresso. A inclusão do material suplementar deve ser limitada e justificada, sendo original e não publicado anteriormente.

O material suplementar passará por uma revisão editorial e por pares junto com o manuscrito principal. Se o manuscrito for aceito para publicação e se o material suplementar for considerado adequado para publicação pelos editores, ele será publicado on-line no momento da publicação do artigo, como material adicional fornecido pelos autores. Este material não será editado ou formatado; assim, os autores são responsáveis pela precisão e apresentação de todo esse material. Cada material suplementar deverá ser identificado no ato da submissão do artigo e citado no texto do artigo.

Documentos Obrigatórios para Artigos Aprovados:

Artigo Original, Artigo De Revisão, Diretrizes, Ponto De Vista, Relato De Caso, Comunicação Breve.

1- Cadastro on-line do autor no sistema de submissão: Informações cadastrais, número de ORCID, informações sobre o uso preprint (se utilizado). (ver itens Ciência Aberta e Preprint);

ORCID: O ORCID (Open Researcher and Contributor ID) é um identificador digital único, gratuito e persistente, que distingue um acadêmico/pesquisador de outro e resolve o problema da ambiguidade e semelhança de nomes de autores e indivíduos, substituindo as variações de nome por um único código numérico. Para cadastrar o seu ORCID ID, acesse: <https://orcid.org/register>.

2- Conflito de interesses: Formulário preenchido e assinado pelo primeiro autor informando quando existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa derivar algum conflito de interesse. Essa informação será inserida ao final do artigo.

3- Formulário de contribuição do autor: Formulário preenchido e assinado pelo primeiro autor explicitando as contribuições de todos os participantes. Essa informação será inserida ao final do artigo.

4- Direitos Autorais: Formulário preenchido e assinado por todos os coautores autorizando a transferência de direitos autorais.

5- Ética: Formulário preenchido e assinado pelo primeiro autor informando se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua instituição.

- Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, as normas estabelecidas no “Guide for the Care and Use of Laboratory Animals” (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D. C. 1996) e os Princípios Éticos na Experimentação Animal do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA) devem ser respeitados.

- 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. Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes conforme Resolução 466/2012 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). Verifique o item Documentações e definições específicas para ensaios clínicos para mais informações.

Editorial, Carta Ao Editor, Carta Científica E Minieditorial

1- Cadastro on-line do autor no sistema de submissão: Informações cadastrais, número de ORCID, informações sobre o uso preprint (se utilizado). (**ver itens Ciência Aberta e Preprint**);

ORCID: O ORCID (Open Researcher and Contributor ID) é um identificador digital único, gratuito e persistente, que distingue um acadêmico/pesquisador de outro e resolve o problema da ambiguidade e semelhança de nomes de autores e indivíduos, substituindo as variações de nome por um único código numérico. Para cadastrar o seu ORCID ID, acesse: <https://orcid.org/register>.

2- Direitos Autorais: Formulário preenchido e assinado por todos os coautores autorizando a transferência de direitos autorais.

Documentações E Definições Específicas Para Ensaios Clínicos (Pesquisa Clínica)

Definição: 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.

Ao submeter seu trabalho solicita-se:

- **Número de registro do estudo:** deve ser publicado ao final do resumo. Será aceito 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/ictpn/network/primary/en/index.html>.

- Os ensaios clínicos devem seguir em sua apresentação as regras do **CONSORT STATEMENT**. Acesse: <http://www.consort-statement.org/consort-2010>.

- Para revisões sistemáticas e metanálises devem seguir as regras estabelecidas por organizações conhecidas como: PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>), AMSTAR (<https://amstar.ca/>) e MOOSE (<https://www.editorialmanager.com/gnn/account/MOOSE.pdf>), este último para metanálises observacionais apenas.

Submissão Exclusiva/Política De Publicação

Os artigos são considerados para revisão apenas quando eles não estiverem sendo analisados por outras publicações e contanto que os dados apresentados não tenham sido publicados anteriormente (incluindo simpósios, materiais de apresentações, transações, livros, artigos publicados a convite e publicações preliminares de qualquer tipo, exceto resumos de no máximo 500 palavras). Mediante a aceitação do artigo, deve-se transferir os direitos autorais à ABC Cardiol.

Política Sobre Relacionamento Com A Indústria – Conflito De Interesses

Todos os autores devem divulgar qualquer relacionamento que tiverem com a indústria e com outras entidades relevantes – sejam financeiras ou de outra natureza – nos últimos dois anos, que possam representar conflito de interesses em relação ao artigo submetido. Todos os relacionamentos relevantes com a indústria, divulgações e fontes de financiamento para o trabalho devem ser reconhecidos na página de rosto, assim como todas as afiliações institucionais dos autores (incluindo compromissos corporativos). Incluem-se aí sociedades em geral, como consultorias, propriedade de ações ou outras participações societárias ou acordos de licenciamento de patentes. Se não houver nenhum relacionamento com a indústria, essa condição deve ser informada na página de título.

Orientações Estatísticas

O uso adequado dos métodos estatísticos bem como sua correta descrição é de suma importância para a publicação na ABC Cardiol. 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).

Plágio

Política De Plágio

Casos de plágio não são aceitos na ABC Cardiol. O plágio compromete o verdadeiro significado da Ciência. Define-se por plágio os casos em que um autor tenta utilizar o trabalho de outro como se fosse seu. Outra forma de plágio é o autoplágio ou a duplicação: ocorre quando um autor reutiliza partes consideráveis de algum trabalho publicado de sua

autoria sem as devidas referências. O plágio se caracteriza como má conduta científica, devendo ser tratado como tal. Quando o plágio é detectado em qualquer momento antes da publicação, a equipe editorial tomará as medidas apropriadas, conforme as normas estabelecidas pelo Committee on publication Ethics (COPE).

Para obter mais informações, acesse: <http://www.publicationethics.org>.

A ABC Cardiol utiliza o software iThenticate para verificar a originalidade do conteúdo enviado antes da publicação. O iThenticate compara os artigos enviados com milhões de trabalhos de pesquisa publicados e bilhões de textos disponíveis na web. Autores, pesquisadores e freelancers também podem usar o iThenticate para analisar seu trabalho antes de enviá-lo acessando <http://www.ithenticate.com>.

Deteção De Plágio Antes Da Publicação

Os editores da ABC Cardiol avaliarão com cautela eventuais casos de plágio. Caso o plágio seja detectado antes da publicação, informaremos o(s) autor(es) e solicitaremos que reescreva o conteúdo ou lance mão de referências, indicando de onde o conteúdo foi obtido. Se forem detectados mais de 25% de plágio no artigo, ele será rejeitado e os autores serão notificados.

Como São Verificados Os Casos De Plágio?

Todos os artigos submetidos para publicação são verificados com ferramentas online, a fim de se detectar casos de plágio, tanto após o envio quanto antes de se iniciar a revisão.

Como São Tratados Os Casos De Plágio?

Os artigos em que houver detecção de plágio são tratados com base na extensão do plágio.

10-25% de plágio: o artigo é enviado de volta ao autor para revisão de conteúdo, sem entrar no processo de revisão.

> 25% de plágio: o artigo será rejeitado sem entrar no processo de revisão. Os autores são aconselhados a revisar e reenviar o artigo.

Deteção De Plágio Após Publicação

Caso haja detecção de plágio depois que a ABC Cardiol tiver publicado o artigo, entraremos em contato com a instituição do autor e com as agências de financiamento.

Caso se constate que houve má conduta, a ABC Cardiol publicará um comunicado, divulgando um link do documento original, indicando o plágio e fornecendo referências sobre o material plagiado. Em casos graves (> 50% de plágio), o artigo será formalmente removido.

Limites De Texto

A contagem eletrônica de palavras deve incluir o título, a folha de rosto, resumo, texto, referências, legenda das figuras, conteúdo e legenda das tabelas.

Tradução

Para os artigos aprovados, recomendamos o envio dos artigos nos dois idiomas durante o processo de submissão para agilização da produção, se possível. Caso o autor tenha optado em submeter o artigo somente no idioma português, deve entregar a versão em inglês em até 30 dias ou solicitar em 5 dias a tradução através da Revista (verifique os valores e informações nos quadros abaixo). No caso da não entrega no prazo determinado, o artigo será cancelado.

Processo De Revisão

Submissão

Para submeter seu artigo, acesse <https://mc04.manuscriptcentral.com/abc-scielo> e registre-se como autor. Caso já possua um login de revisor, utilize o mesmo acesso.

Análise

A ABC Cardiol usa um sistema duplo-cego de revisão por pares, o que significa que os revisores do artigo não terão acesso à identidade do(s) autor(es) e o(s) autor(es) não terá(ão) acesso à identidade do revisor. No envio inicial, o artigo é revisado pela equipe editorial quanto à conformidade com o estilo da revista e para garantir que o artigo seja claro e legível para revisores e editores. Após a verificação do artigo por parte da equipe editorial, o artigo será enviado ao Editor-Chefe, que por sua vez o enviará para um Editor Associado. O Editor Associado então determina se o artigo deve ser enviado para revisão por pares ou se o mesmo não está entre as prioridades da ABC Cardiol. Solicita-se que todos os revisores e editores informem eventuais conflitos de interesse e, se houver, o artigo retorna para um editor ou revisor diferente. Os artigos são submetidos à revisão estatística sempre que necessário. Após a conclusão de no mínimo 2 revisões, o artigo é revisado pelo editor associado e pelo editor-chefe, que chegam a uma das seis decisões abaixo. Os revisores têm 15 dias para avaliar o manuscrito.

- Aceitar: o artigo é aceito para publicação em sua forma atual. No entanto, pequenas alterações podem ser feitas pelos editores médicos, ilustradores ou pela equipe editorial, caso em que os autores precisarão se articular com os devidos contatos para garantir que essas mudanças sejam incorporadas após a aceitação.
- Pequena revisão: frise-se que essa decisão não garante a aceitação do artigo. No entanto, quando essa decisão é tomada, é porque são necessárias

alterações menos significativas do que nos casos de Pequena Revisão. Os autores têm 30 dias para fazer as alterações solicitadas.

- Grande revisão: nesse caso, são necessárias alterações mais significativas. Os autores têm 40 dias para fazer as alterações solicitadas. Frise-se que essa decisão não garante a aceitação do artigo.
- Rejeitar e Resubmeter: o artigo está inaceitável para publicação em sua forma atual. No entanto, os editores estão dispostos a reconsiderar um artigo completamente revisado. Os autores devem responder a todos os comentários de revisores e editores e o artigo será reavaliado e tratado como um novo artigo.
- Rejeitar: o artigo está inaceitável para publicação e/ou não se enquadra para publicação pela ABC Cardiol.
- Rejeitar e transferir: o artigo é indicado para outra revista da família de revistas da Sociedade Brasileira de Cardiologia. O autor deve aceitar ou recusar a transferência quando receber o e-mail de recusa.

Aprovação

- 1- A aceitação será baseada na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.
- 2- As versões finais diagramadas (português e inglês) serão enviadas para o autor, que deverá retornar em 5 dias com alterações ortográficas mínimas. Caso o autor não responda em 5 dias, estas serão consideradas as versões finais para publicação.

Publicação

Após a aprovação do autor, as versões são encaminhadas para indexação, quando é gerado o DOI e as versões em XML para indexação nos principais indexadores. O artigo será alocado em um volume e número, disponibilizado eletronicamente no site da revista (versões PDF e HTML).

2.1. Normas De Submissão Para Artigo Original

1- Página De Título

- Deve conter o título completo do trabalho (com até 150 caracteres, incluindo espaços) de maneira concisa e descritiva em português.
- Deve conter o título completo em inglês (com até 150 caracteres, incluindo espaços).

- Deve conter o título resumido (com até 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do artigo.
- Devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para as *keywords* (*descriptors*). As palavras-chave devem ser consultadas nos sites: <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês ou www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês.
- Deve informar o número de palavras do manuscrito (word-count).

2- Resumo:

Resumo de até 250 palavras. Estruturado em cinco seções:

- 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).

Solicita-se não citar referências no resumo.

Solicita-se incluir números absolutos dos resultados juntamente com a sua significância estatística comprovada através do valor do p, % e outros métodos de análise. Não serão aceitos dados sem significância estatística devidamente comprovada, por exemplo: “a medida aumentou, diminuiu” etc.).

3- Corpo do artigo:

Deve ser dividido em cinco seções:

- Introdução: Sugerimos não ultrapassar 350 palavras. Faça uma descrição dos fundamentos e do racional do estudo, justificando com base na literatura e destacando a lacuna científica do qual o levou a fazer a investigação e o porquê.
No último parágrafo, dê ênfase aos objetivos do estudo, primários e secundários, baseados na lacuna científica a ser investigada.
- 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. A definição de raças deve ser utilizada quando for possível e deve ser feita com clareza e quando for relevante para o tema explorado.
Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (incluindo nome do

fabricante, modelo e país de fabricação, quando apropriado) e dê detalhes dos procedimentos e técnicas utilizados de modo a permitir que outros investigadores possam reproduzir os seus dados.

Descreva os métodos empregados em detalhes, informando para que foram usados e suas capacidades e limitações. Descreva todas as drogas e fármacos utilizados, doses e vias de administração. Descreva o protocolo utilizado (intervenções, desfechos, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística). Em caso de estudos em seres humanos, indique se o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, se os pacientes assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido e se está em conformidade com o descrito na resolução 466/2012. Descreva os métodos estatísticos utilizados para obtenção dos resultados e justifique.

- Resultados: Exibidos com clareza, devem estar apresentados 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.

É de extrema importância que a sua significância estatística seja devidamente comprovada.

- Discussão: Relaciona-se diretamente ao tema proposto quando analisado à luz da literatura, salientando aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações. A comparação com artigos previamente publicados no mesmo campo de investigação é um ponto importante, salientando quais são as novidades trazidas pelos resultados do estudo atual e suas implicações clínicas ou translacionais. O último parágrafo deve expressar conclusões ou, se pertinentes, recomendações e implicações clínicas.
- Conclusões: Devem responder diretamente aos objetivos propostos no estudo e serem estritamente baseadas nos dados. Conclusões que não encontrem embasamento definitivo nos resultados apresentados no artigo podem levar à não aceitação direta do artigo no processo de revisão. Frases curtas e objetivas devem condensar os principais achados do artigo, baseados nos resultados.

Consulte as informações sobre artigo original de pesquisas clínicas/ensaios clínicos.

4- 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.
- 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.
- 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.

5- Figuras e Tabelas

- O número de tabelas e figuras indicados para este tipo de artigo pode ser encontrado ao acessar o quadro resumido.
- 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. As tabelas devem ser editadas em Word ou programa similar. Orientamos os autores que utilizem os padrões de tabelas e figuras adotados pela ABNT. Conforme normas, a tabela deve ter formatação aberta, ter a sua identificação pelo número e pelo título, que devem vir acima da tabela, a fonte, mesmo que seja o próprio autor, abaixo.
- Figuras: Devem apresentar boa resolução para serem avaliadas pelos revisores. Conforme normas da ABNT, as ilustrações devem apresentar palavra designativa, o número de acordo com a ordem que aparece no texto, e o título acima da imagem. Abaixo, a fonte. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas.

É obrigatório o envio de uma figura central que resuma melhor os dados principais do artigo, ou seja, uma ilustração central dos resultados do artigo. Pode-se usar montagens de outras figuras do artigo ou criar uma nova imagem.

Exemplo de figura central: <https://abccardiol.org/article/posicionamento-sobre-seguranca-cadiovascular-das-vacinas-contracovid-19-2022/>

As figuras e ilustrações devem ser anexados em arquivos separados, na área apropriada do sistema, com extensão JPEG, PNG ou TIFF.

- 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.

6- Referências bibliográficas

- A ABC Cardiol adota as Normas de Vancouver – *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal* (www.icmje.org).
- As referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto, e apresentadas em sobrescrito.
- 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).
- 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.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- 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.
- 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.
- 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/>.
- Só serão aceitas citações de revistas indexadas. Os livros citados deverão possuir registro ISBN (*International Standard Book Number*).
- 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*”.
- O número de referências indicado para cada tipo de artigo pode ser encontrada no quadro resumido.
- Política de valorização: Os editores estimulam a citação de artigos publicados na ABC Cardiol e oriundos da comunidade científica nacional.

Fonte: Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

3. ARTIGO ORIGINAL

Título: RESILIÊNCIA PSICOLÓGICA E SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

Title: PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND CHRONIC CORONARY SYNDROME: A CROSS-SECTIONAL STUDY.

Título resumido: R/P E SÍNDROME CORONARIANA CRÔNICA.

Short title: P/R AND CHRONIC CORONARY SYNDROME

Palavras-chave: Resiliência Psicológica; Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco de Doenças Cardíacas.

Keywords: Psychological Resilience; Cardiovascular Diseases; Heart Disease Risk Factors.

Contagem de palavras: 3732 palavras.

Word count: 3732 words.

RESUMO

Fundamento: Apesar da popularização do termo “resiliência”, poucos estudos correlacionam SCC e seus fatores de risco com a RP, tendo resultados variáveis.

Objetivos: Avaliar a RP em pacientes com SCC e sem SCC, bem como relacionar RP e os fatores de risco associados à SCC comparando seus níveis de RP com os de pacientes sem SCC.

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, transversal, de caráter analítico. A RP foi avaliada quantitativamente pela escala CD-RISC-10. Os níveis de resiliência foram avaliados conforme a distribuição de fatores de risco e doenças cardiovasculares por meio de correlação linear de Pearson e teste T de Student para amostras independentes, quando as variáveis apresentavam distribuição normal, ou por meio de teste U de Mann-Whitney, quando o pressuposto de normalidade não foi atendido. Nível de significância foi fixado em 5%.

Resultados: A amostra incluiu 237 pacientes, dos quais 132 são do sexo feminino (55,7%). A média de idade da amostra foi de $60,8 \pm 10,7$ anos. O nível de resiliência, avaliado através do CD-RISC, não divergiu segundo a distribuição da maioria dos fatores de risco para SCC, com exceção da idade e do sedentarismo, que apresentaram associação positiva significativa com o nível de resiliência

Conclusão: Os indivíduos com SCC não demonstraram diferenças significativas nos níveis de resiliência quando comparados aos indivíduos sem SCC. . A idade apresentou correlação positiva significativa com o nível de resiliência, isto é, quanto mais avançada a idade, maior o nível de resiliência. O sedentarismo esteve relacionado com menor RP.

1. INTRODUÇÃO

Conceitualmente, o termo “resiliência psicológica” (RP) comporta a ideia de se “retornar ao que se era antes”, referindo-se, a depender do autor, ora à capacidade do indivíduo de resistir ao estresse ou a sua capacidade de recuperação e superação frente às adversidades¹.

A atualização de 2019 da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) cita a RP como uma característica que estaria relacionada a uma melhor adesão terapêutica e qualidade de vida, estando inversamente relacionada com sintomas depressivos. Além disso, correlaciona a cardiopatia isquêmica a indivíduos resilientes, sugerindo que as doenças possam agir como um agente que reforça a resiliência do indivíduo².

Uma revisão de sistemática publicada na revista “Frontiers in Psychology”, analisou 17 estudos que relacionavam RP e doenças cardiovasculares ou metabólicas, estando níveis menores de resiliência relacionados à presença de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, em ao menos metade dos estudos. Ademais, foi demonstrada uma relação inversa entre a RP e os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) em pacientes diabéticos³. Um estudo brasileiro com pacientes coronariopatas classificou 81% destes como resilientes⁴.

Não obstante o termo ter se popularizado nos últimos anos, os estudos sobre resiliência psicológica e doença coronariana ainda são escassos e com resultados divergentes, sendo, pois, insuficientes para determinar como as variáveis resiliência psicológica e doença cardiovascular se correlacionam^{1,3,4}.

O objetivo deste estudo foi avaliar a RP em pacientes com Síndrome Coronariana Crônica (SCC) e sem SCC, bem como relacionar RP e os fatores de risco associados à SCC comparando seus níveis de RP com os de pacientes sem SCC.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de caráter analítico.

2.2 Participantes

A amostra foi selecionada a partir de pacientes de quatro serviços ambulatoriais de cardiologia de Sergipe, sendo dois desses da rede pública de saúde e dois da rede suplementar de saúde.

A amostragem foi não probabilística consecutiva e excluiu pacientes menores de 18 anos ou que apresentavam instabilidade clínica durante a coleta de dados. Além disso, foram

excluídos da amostra os participantes que não demonstraram capacidade cognitiva satisfatória para responder aos questionários ou se recusaram a assinar o TCLE. Os formulários que não apresentaram taxa de respostas quantitativamente satisfatória também foram excluídos.

2.3 Variáveis

A amostra foi caracterizada quanto a fatores de risco cardiovasculares, doenças cardiovasculares e variáveis referentes à avaliação quantitativa dos níveis de resiliência da amostra.

Dentre os fatores de risco e doenças cardiovasculares, foram avaliados: sexo, idade, consumo de álcool, tabagismo atual ou anterior, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM), dislipidemia, obesidade, síndrome coronariana crônica (SCC) e eventos cardiovasculares prévios.

Essas variáveis foram registradas a partir de consultas ambulatoriais e prontuários médicos. Profissionais médicos foram responsáveis por estabelecer os diagnósticos das doenças cardiovasculares avaliadas, com base nos critérios definidos na Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da SBC (2017)⁵, nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020)⁶ e nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da SBC (2020)⁷.

O critério definido para diagnóstico de SCC compreende a positividade de ao menos uma prova funcional de isquemia miocárdica (teste ergométrico, ecocardiografia sob estresse físico, cintilografia do miocárdio ou ressonância nuclear magnética cardíaca). Eventos cardiovasculares prévios compreendem história médica pregressa de infarto agudo do miocárdio e/ou acidente vascular encefálico.

Obesidade foi considerada quando o índice de massa corporal foi maior ou igual a 30,0 kg/m² ⁸. Sedentarismo foi definido segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde – tempo de atividade física moderada inferior a 150 minutos por semana⁹. Tabagismo atual ou anterior foi considerado quando houve história atual ou pregressa de consumo de produtos à base de nicotina associado a algum grau de desordem de comportamento relacionada a dependência do produto¹⁰. Consumo de álcool se refere ao consumo de bebidas alcoólicas em qualquer volume, com frequência mínima mensal.

Os níveis de resiliência dos participantes de pesquisa foram determinados a partir do instrumento *Connor Davidson Resilience Scale* (CD-RISC). A versão utilizada dessa escala foi traduzida e validada por Lopes e Martins (2011)¹¹, baseada na versão de Campbell-Sills e Stein (2007) da escala¹².

2.3.1 CD-RISC

O CD-RISC é uma escala que permite a avaliação operacional da resiliência individual, conceito definido como a capacidade de prosperar em face da adversidade¹³. A versão original desse instrumento foi publicada por Connor e Davidson (2003)¹³ e apresenta 25 itens elaborados em escala Likert com variação de 0 a 4 – a pontuação na escala é diretamente proporcional ao nível de resiliência. Em 2007, Campbell-Sills e Stein¹² publicaram um refinamento da escala, reduzindo o instrumento para um quantitativo de 10 itens – a confiabilidade da nova escala se manteve satisfatória ($\alpha = 0,85$).

O instrumento utilizado nesse estudo corresponde à tradução validada por Lopes e Martins (2011)¹¹ para amostras brasileiras, baseada na escala de 10 itens de Campbell-Sills e Stein¹².

A variação total do instrumento utilizado é de 0 a 40 (zero a quarenta). Pontuações menores indicam menor nível de resiliência, ao passo que quanto mais próximo de 40, maior o nível de resiliência.

2.4 Análise estatística

As estatísticas descritivas foram apresentadas em termos de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram descritas em termos de médias e desvios padrão, quando o pressuposto de normalidade foi atendido, ou medianas e intervalos interquartis, quando as variáveis não apresentaram distribuição normal.

Os níveis de resiliência foram avaliados conforme a distribuição de fatores de risco e doenças cardiovasculares por meio de correlação linear de Pearson e teste T de Student para amostras independentes, quando as variáveis apresentavam distribuição normal, ou por meio de teste U de Mann-Whitney, quando o pressuposto de normalidade não foi atendido.

O nível de significância para as análises foi fixado em 5% ($p \leq 0,05$). Todas as análises foram conduzidas por meio do software SPSS Statistics (IBM, Chicago, IL, USA), versão 22.0.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

A amostra incluiu 237 pacientes, dos quais 132 são do sexo feminino (55,7%). A média de idade da amostra foi de $60,8 \pm 10,7$ anos. A idade apresentou correlação positiva significativa com o nível de resiliência, isto é, quanto mais avançada a idade, maior o nível de resiliência

Os fatores de risco cardiovasculares mais frequentes na amostra foram HAS, dislipidemia e sedentarismo. As distribuições das demais características sociodemográficas e clínicas estão descritas na Tabela 1.

3.2 Resiliência da amostra segundo o CD-RISC

A amostra estudada apresentou pontuação média de $27,71 \pm 7,38$ na escala de resiliência (CD-RISC), valor comparável aos dos estudos de validação nacional¹² e internacional¹¹ da escala – na Tabela 2, é possível observar as médias e desvios padrão para a pontuação do CD-RISC em cada um desses estudos. Além disso, é possível observar que houve comparabilidade razoável e satisfatória entre os dados de consistência interna do instrumento entre a amostra desse estudo e as amostras dos estudos de validação (Tabela 2).

3.3 Médias de Resiliência (CD-RISC) segundo a distribuição de SCC

As médias do CD-RISC (gerais e por item) foram avaliadas de acordo com a presença ou não de coronariopatia aterosclerótica. Conforme observado na Tabela 3, não houve diferenças significativas no nível de resiliência entre os indivíduos coronariopatas e não coronariopatas ($p > 0,05$).

3.4 Médias de Resiliência (CD-RISC) segundo a distribuição dos fatores de risco para SCC

O nível de resiliência, avaliado através do CD-RISC, não divergiu segundo a distribuição da maioria dos fatores de risco para SCC, com exceção da idade e do sedentarismo, que apresentaram associação positiva significante com o nível de resiliência (Tabela 4). A correlação positiva entre a idade e o nível de resiliência foi fraca, porém significativa ($\rho = 0,190$; $p = 0,004$) – Tabela 4. Os indivíduos sedentários apresentaram menor nível de resiliência que os indivíduos ativos fisicamente (26,94 vs. 28,99; $p = 0,042$) – Tabela 4.

4. DISCUSSÃO

Não se observou diferença significativa entre os níveis de RP entre indivíduos com SCC e sem SCC. Além disso, não foi observada diferença significativa nos níveis de RP dos pacientes com a maioria dos fatores de risco para SCC aqui analisados. Nesse sentido, apenas a idade mostrou correlação positiva com a RP e os pacientes sedentários tiveram níveis de RP consideravelmente menores que os ativos fisicamente.

Pesquisas que relacionam RP e DAC ainda são escassas na literatura e com resultados conflitantes³. Bergh et al. (2015) concluiu que baixos níveis de resiliência ao estresse

estariam relacionados a maior risco de DAC¹⁴. Lemos et al. (2016) classificou 81% da sua amostra de pacientes com DAC como resilientes⁴. Felix et al. (2019) também não encontrou correlação entre RP e DAC em mulheres negras¹⁵.

Toukhsati et al. (2016) encontrou resultados semelhantes com relação à idade e RP, sendo esta significativamente maior em idosos do que em jovens¹⁶, o que é um dado positivo, pois a idade mais avançada é um importante fator de risco na DAC². Experiências em animais evidenciaram que o estresse no início da vida leva a mudanças neuroendócrinas que aumentam a resistência para experiências estressantes posteriores. No entanto, isso não é verdade em todo caso, em outras circunstâncias, experiências estressantes podem deixar o indivíduo mais suscetível a estressores posteriores e desenvolverem uma resposta desadaptativa. Uma possível explicação para esse resultado seria que indivíduos mais velhos foram submetidos a mais condições estressantes durante a vida, tendendo a se adaptar e desenvolver mais resistência a fatores estressores¹⁷.

. Forster e Weinstein (2018) também concluíram que a atividade física estava relacionada a um maior grau de resiliência psicológica em crianças, reforçando a importância de se combater o sedentarismo em indivíduos com DAC¹⁸.

Alguns estudos tiveram resultados divergentes a este, concluindo que menor RP estaria relacionada a HAS¹⁹, DM²⁰ e obesidade²¹. Enquanto outros também não encontraram diferença estatisticamente significativa^{14,19}.

A RP é relativa e se deve a fatores constitucionais e ambientais aos quais o indivíduo está exposto, variando de acordo com a circunstância. Sendo assim, não é uma característica fixa, podendo o indivíduo responder ao estresse de várias formas a depender de vários fatores¹⁷. Dada a complexidade, tanto dos fatores que influenciam a gênese e progressão da DAC quanto dos que influenciam a RP do indivíduo, os resultados conflitantes entre os estudos são razoáveis e não necessariamente querem dizer que não haja correlação entre as duas variáveis. RP ser um fator de proteção para doença coronariana¹⁴ e a doença coronariana poder ser um fator reforçador de RP² não são afirmações auto excludentes.

Um estudo transversal é limitado, pois, ainda que multivariado, avalia apenas o momento em que a pessoa respondeu ao questionário e não estabelece uma relação de causalidade. Além disso, por se tratar de uma autoavaliação subjetiva, está sujeito aos vieses inerentes a esse tipo de avaliação. São necessários mais estudos para se estabelecer de melhor forma essa correlação entre RP e DAC, bem como entre RP e os fatores de risco para DAC.

RP baixa está relacionada à depressão em pacientes com doenças cardiovasculares¹⁶, estando relacionada a baixa adesão da terapia medicamentosa², bem como à má progressão de

doenças crônicas²¹. É sabido que o estresse crônico evoca uma resposta neuroendócrina e autonômica prejudicial ao paciente portador de coronariopatia e já é bem estabelecida, há muito tempo, sua influência desde à gênese à progressão da DAC^{22,23}. A RP é uma característica passível de ser melhorada, diversos métodos tanto na psicoterapia quanto nas terapias comportamentais têm sido utilizadas nesse sentido²⁵, sendo uma abordagem interessante no sentido de influenciar a gênese e curso da doença e seus fatores de risco.

5. CONCLUSÕES

Os indivíduos com SCC não demonstraram diferenças significativas nos níveis de resiliência quando comparados aos indivíduos sem SCC.

A idade apresentou correlação positiva significativa com o nível de resiliência, isto é, quanto mais avançada a idade, maior o nível de resiliência.

Os pacientes sedentários apresentaram menores níveis de resiliência (CD-RISC) em relação àqueles ativos fisicamente.

Por se tratar de uma amostra clínica, composta de pacientes advindos de ambulatórios de Cardiologia, a prevalência de alguns fatores de risco e doenças cardiovasculares foi alta, a exemplo de HAS, dislipidemia, sedentarismo e SCC.

Os grupos de pesquisa foram comparáveis quanto ao sexo e idade ($p > 0,05$), não havendo necessidade de ajuste das análises para a influência dessas variáveis.

6. FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas da amostra geral.

Variável	n = 237
Idade	60,8 (±10,7 anos)
Sexo, feminino	132 (55,7%)
Etnia/Cor da pele	
Branco	74 (31,6%)
Não branco	160 (68,4%)
Estado civil	
Solteiro	32 (13,6%)
Casado	122 (51,9%)
Divorciado	31 (13,2%)
Viúvo	28 (11,9%)
União estável	21 (8,9%)
Outro	1 (0,4%)
Tipo de moradia	
Casa própria	201 (85,5%)
Casa alugada	22 (9,4%)
Casa cedida	12 (5,1%)
Modalidade de Assistência	

Rede pública de saúde (SUS)	121 (51,3%)
Rede suplementar de saúde	115 (48,7%)
Comorbidades	
Tabagismo atual ou anterior	67 (28,3%)
Consumo de álcool	114 (48,1%)
Sedentarismo	146 (61,6%)
Obesidade	67 (28,3%)
HAS	171 (72,2%)
DM	76 (32,1%)
Dislipidemia	156 (65,8%)
Síndrome coronariana crônica	109 (46,0%)
Eventos cardiovasculares prévios	59 (24,9%)

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2 – Dados relacionados à escala CD-RISC para amostra própria e para amostra de estudos de validação.

	Amostra própria n = 237	Campbell-Sills e Stein (2007) n = 131	Lopes e Martins (2011) n = 463
CD-RISC			
Média	27,71	27,21	29,07
Desvio Padrão	7,38	5,84	5,47
Consistência interna (α de Cronbach)	0,83	0,89	0,85

Fontes: Elaborado pelos autores; Campbell-Sills e Stein (2007) (7); Lopes e Martins (2011)¹².

Tabela 3 – Médias do CD-RISC para a amostra de acordo com a distribuição de SCC.

CD-RISC	SCC		p
	Sim (n = 109)	Não (n = 128)	
I. Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem	2,80 ± 1,05	2,85 ± 1,13	0,724
II. Eu consigo lidar com problemas que acontecem	2,86 ± 1,10	2,71 ± 1,14	0,338
III. Eu tento ver o lado humorístico das coisas	2,30 ± 1,37	2,21 ± 1,26	0,595
IV. Lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte	2,41 ± 1,54	2,23 ± 1,34	0,355
V. Eu costumo me recuperar bem de doenças	3,13 ± 1,04	3,01 ± 1,07	0,376
VI. Eu acredito que posso atingir meus objetivos	3,25 ± 0,99	3,25 ± 0,89	0,985
VII. Fico concentrado e penso com clarezas com obstáculos	2,45 ± 1,32	2,40 ± 1,32	0,760
VIII. Não desanimo com fracassos	3,01 ± 1,20	2,98 ± 1,19	0,871
IX. Me considero uma pessoa forte nos desafios	3,21 ± 0,97	3,19 ± 1,03	0,879
X. Consigo lidar com sentimento desagradáveis	2,64 ± 1,16	2,59 ± 1,22	0,721
Total	28,07 ± 7,17	27,41 ± 7,56	0,502

Fontes: Elaborado pelos autores.

Tabela 4 – Relação entre CD-RISC e fatores de risco para SCC para a amostra estudada.

Variável	CD-RISC	p
Idade	0,190*	0,004
Sexo		
Masculino	28,73 ± 7,10**	0,061
Feminino	26,89 ± 7,52**	
Sedentarismo		
Sim	26,94 ± 7,56**	0,042
Não	28,99 ± 6,89**	
Consumo de álcool		
Sim	27,70 ± 7,70**	0,988
Não	27,72 ± 7,04**	
Tabagismo		
Sim	27,94 ± 7,30**	0,455
Não	27,13 ± 7,60**	
HAS		
Sim	27,60 ± 7,40**	0,724
Não	27,98 ± 7,37**	
DM		
Sim	27,42 ± 8,21**	0,706
Não	27,85 ± 6,98**	
Dislipidemia		
Sim	27,82 ± 7,07**	0,757
Não	27,50 ± 7,98**	
Obesidade		
Sim	26,63 ± 8,22**	0,195
Não	28,14 ± 6,99**	
Evento cardiovascular prévio		
Sim	27,28 ± 8,02**	0,613
Não	27,85 ± 7,17**	

Fontes: Elaborado pelos autores.

Notas: *: ρ de Pearson (estatística de correlação linear); **: Média ± Desvio Padrão para a pontuação total no CD-RISC.

7. AGRADECIMENTOS

Aos hospitais que disponibilizaram sua estrutura e pacientes para a realização da pesquisa e aos pacientes, que solícitamente disponibilizaram seu tempo para participar da pesquisa. Bem como todos os colaboradores deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia** (Ribeirão Preto). 2011 Aug;21(49):263–71.
2. Prêcoma DB, Oliveira GMM de, Simão AF, Dutra OP, Coelho-Filho OR, Izar MC de O, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2019;
3. Ghulam A, Bonaccio M, Costanzo S, Bracone F, Gianfagna F, de Gaetano G, et al. Psychological Resilience, Cardiovascular Disease, and Metabolic Disturbances: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**. 2022 Feb 24;13.
4. Lemos CMM de, Moraes DW, Pellanda LC. Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2016;106(2).
5. Faludi A, Izar M, Saraiva J, Chacra A, Bianco H, Afiune Neto A, et al. ATUALIZAÇÃO DA DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2017;109. <https://doi.org/10.5935/abc.20170121>.
6. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2019.
7. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq. Bras. Cardiol**. 2021;116(3):516–658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>.
8. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. VI Diretrizes Brasileiras de Obesidade** [Internet]. São Paulo: ABESO; 2016 [cited 2023 Jan 22]. 188p. Available from: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.
9. World Health Organization. **WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance**. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 Jan 22]. 24p. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1318299/retrieve>.
10. World Health Organization. **ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems**. Geneva: WHO; 2019 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#>.

11. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. **Journal of Traumatic Stress** 2007; 20:1019-1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>.
12. Lopes VR, Martins MCF. Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC-10) para Brasileiros. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho** 2011; 11(2):36-50.
13. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety** 2003;18:76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>.
14. Bergh C, Udumyan R, Fall K, Almroth H, Montgomery S. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. **Heart**. 2015 Mar 4;101(8):623–9.
15. Felix AS, Lehman A, Nolan TS, Sealy-Jefferson S, Breathett K, Hood DB, et al. Stress, Resilience, and Cardiovascular Disease Risk Among Black Women. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**. 2019 Apr;12(4).
16. Toukhsati S, Jovanovic A, Dehghani S, Tran T, Tran A, Hare D. Low psychological resilience is associated with depression in patients with cardiovascular disease. **European Journal of Cardiovascular Nursing**. 2016 Jul 8;16(1):64–9.
17. Rutter M. Resilience in the Face of Adversity. **British Journal of Psychiatry**. 1985 Dec;147(6):598–611.
18. Foster BA, Weinstein K. Moderating Effects of Components of Resilience on Obesity Across Income Strata in the National Survey of Children’s Health. **Academic Pediatrics**. 2019 Jan;19(1):58–66.
19. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, Pounis G, Persichillo M, Cerletti C, et al. Mediterranean-type diet is associated with higher psychological resilience in a general adult population: findings from the Moli-sani study. **European Journal of Clinical Nutrition**. 2017 Sep 27;72(1):154–60.
20. Crump C, Sundquist J, Winkleby MA, Sundquist K. Stress resilience and subsequent risk of type 2 diabetes in 1.5 million young men. **Diabetologia**. 2016 Jan 13;59(4):728–33.
21. Stewart-Knox B, E Duffy M, Bunting B, Parr H, Vas de Almeida MD, Gibney M. Associations between obesity (BMI and waist circumference) and socio-demographic

- factors, physical activity, dietary habits, life events, resilience, mood, perceived stress and hopelessness in healthy older Europeans. **BMC Public Health**. 2012 Jun 11;12(1).
22. Cal SF, Sá LR de, Glustak ME, Santiago MB. Resilience in chronic diseases: A systematic review. **Cogent Psychology**. 2015 Apr 14;2(1):1024928.
23. Gallo LC, Ghaed SG, Bracken WS. Emotions and Cognitions in Coronary Heart Disease: Risk, Resilience, and Social Context. **Cognitive Therapy and Research**. 2004 Oct;28(5):669–94.
24. Loures DL, Sant'Anna I, Baldotto CS da R, Sousa EB de, Nóbrega ACL da. Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2002 May;78(5).
25. Liu H, Zhang C, Ji Y, Yang L. Biological and Psychological Perspectives of Resilience: Is It Possible to Improve Stress Resistance? **Frontiers in Human Neuroscience**. 2018 Aug 21;12.

5. ANEXOS

ANEXO I- Termo De Consentimento Livre E Esclarecido- TCLE

“ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E RESILIÊNCIA EM PACIENTES COM SÍNDROME ARTERIAL CORONARIANA CRÔNICA”

O objetivo deste estudo é avaliar a influência dos fatores espiritualidade/religiosidade e resiliência na manifestação da doença coronariana. Para tal, a sua participação consistirá em responder perguntas de três questionários impressos, bem como perguntas relacionadas ao seu perfil social. Não haverá participação ou interferência do pesquisador durante o preenchimento do questionário aplicado.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento a respeito dessa doença. A pesquisa trará como possível benefício social uma melhor compreensão sobre os efeitos da espiritualidade, religiosidade e resiliência sobre a manifestação de doenças cardiovasculares nos pacientes. Dessa forma, poderá ser possível introduzir novos resultados sobre essa temática à literatura científica, dando respaldo para novas recomendações e condutas médicas. Não existe outra forma de obter dados em relação à temática em questão que possa ser mais vantajoso.

O risco desse estudo é de possível constrangimento, tendo em vista que, ao preencher os questionários, o Sr (a) pode sentir-se desconfortável com alguma pergunta presente nesse documento. Informo que o Sr.(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, ao esclarecimento de eventuais dúvidas. Também é garantido que o Sr (a). somente responda os questionamentos que não lhe causem desconforto, assim como

é garantido o direito de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou negar a sua participação. Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos. Serão garantidas a confidencialidade e privacidade de todas as informações por você concedidas. A identificação pessoal do participante será solicitada somente para fins de controle dos dados. Os pesquisadores envolvidos nesse projeto garantem completo sigilo da identidade de todos os participantes (sendo realizada substituição do nome do participante por letra ou número durante a análise dos dados) e qualquer informação que possa identificá-lo será omitida na divulgação dos resultados da pesquisa. Todo o material coletado será armazenado em local seguro e somente terão acesso a este, os pesquisadores e sua orientadora.

Essa pesquisa foi elaborada conforme normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e atende às Resoluções CNS nº 466/12 e CNS nº 510/16. Esse Termo de Consentimento visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e será elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as páginas, pelo pesquisador e por você, sendo que uma via ficará com o Sr.(a) e outra arquivada com o pesquisador.

Em caso de dúvida, você poderá contatar:

1. **Adelle Cristine Lima Cardozo.** Rua João Carvalho de Aragão, 1355, B. Atalaia. E-mail: adellecristine@yahoo.com.br. Telefone: (79) 991161789.
2. **Joselina Luzia Menezes Oliveira.** Rua Cláudio Batista, sem nº, B. Sanatório. E-mail: joselinamenezes@gmail.com. Telefone: (79) 32111671.
3. **CEP (Comitê de Ética em Pesquisa)- órgão de proteção aos participantes de uma pesquisa.** End: Campus da Saúde Prof. João Cardoso Nascimento Jr, Rua Cláudio Batista, sem nº, B. Sanatório. Telefone: (79) 3194-7208 Email: cep@academico.ufs.br

Desde já agradecemos a sua colaboração voluntária.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Declaro que acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo sobre

“Espiritualidade/religiosidade e resiliência em pacientes com Síndrome Arterial Coronariana Crônica”

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os questionários a serem respondidos, seus possíveis desconfortos e riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que meus dados pessoais e todas as informações concedidas por mim permanecerão em sigilo absoluto.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas, que não receberei nenhum benefício direto e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Aracaju, _____ de _____ de _____.

Assinatura do

Participante da Pesquisa _____

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO II- Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

LOCAL DE APLICAÇÃO: _____ ALUNO: _____

A seguir, você preencherá um questionário com dados sócio-demográficos e culturais; Pedimos que você o preencha com sinceridade. Caso não compreenda alguma pergunta, sinta-se à vontade para nos questionar.

Parte I – Caracterização e dados sociodemográficos/culturais

Nome:	Médico:
D.N.:	Idade:
Sexo: () 1.Masculino () 2.Feminino	
Raça/cor da pele: (1)Branca (2) Preta (3)Parda (4)Amarela (5) Indígena (6) Outra. Especifique:	
Endereço:	
Telefone:	
Qual é o total da sua renda mensal individual? (1) Sem renda (2) Recebe Benefício-social (bolsa família, etc). Quanto? R\$ _____ (3) Com renda: Rendimento mensal líquido: R\$ _____ OU Número de salários-mínimos: _____.	
Qual é o total mensal de rendimentos das pessoas que vivem na sua casa? R\$	
Quantas pessoas moram com você ou vivem com esse rendimento familiar?	
A casa onde você mora é: (1) Própria (2) Alugada (3) Cedida	
Você acredita que tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? (1) Nada (2) Muito pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente	
Estado civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/separado (4) Viúvo (5) União estável/Morando junto (6) Outro- especifique:	
Tipo de atendimento: (1) Particular (2) Convênio/Plano de Saúde (3) SUS	
Pratica atividade física? (1) Não (2) Sim. _____ horas por semana () Sedentário	
Faz uso de álcool? (1) Nunca (2) Sim (3) Já fiz, mas parei (Há quanto tempo parou? _____) Tipo de bebida: _____ Quantidade e frequência semanal: _____ Tempo:	
Tabagista? (1) Nunca (2) Sim (3) Ex-Tabagista (Há quanto tempo parou: _____) Idade de início: _____ N° de cigarros por dia: _____ () Tabagista passivo	
Afiliação Religiosa: () Católico () Evangélico. Especifique: _____ () Ubanda/Candomblé () Espírita Kardecista () Budista () Islâmica/Mulçumana () Judaica () Sigo mais de uma religião () Não sigo religião, mas acredito em Deus () Ateu/não acredito em Deus () Outra: _____	
Nível de Escolaridade Atual (considere o mais alto já concluído): (1) Não sabe ler (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo (4) E. médio (5) Curso superior (6) Especialização pós-graduação/lato sensu (7) Mestrado (8) Doutorado (9) Pós-doutor	

Qual é a sua situação atual de trabalho? (1) Empregado c/ carteira assinada
 (2) Trabalho sem carteira assinada (3) Autônomo (4) Aposentado
 (5) Afastado/ Licença ou Auxílio-doença (6) Estagiário (7) Estudante
 (8) Outra: _____(especifique)

Parte II – Variáveis clínicas

Hipertensão arterial () Sim () Não	Diabetes Mellitus () Sim () Não
Dislipidemia () Sim () Não	Arritmias cardíacas () Sim () Não
Obesidade () Sim () Não () Sobrepeso	IMC:

Parte III- Medicamentos utilizadas: () Sem medicamentos

() B-Bloq () nitrato () BCC () IECA () BRA () aspirina () estatina () fibrato
 () clopidogrel () anticoagulante () diurético () antidiabético oral () insulina
 () outros:

(1) DAC (2) Grupo

Parte IV- Eventos e exames

IDAS A EMERGÊNCIA: (1) Sim (2) Não Quantos: _____	Controle Datas: _____
IAM: (1) Sim (2) Não Data: _____	AVC: (1) Sim (2) Não Data: _____
TESTE ERGOMÉTRIO: (1) Positivo (2) Negativo (3) Não realizado	Data: _____
Descrição: _____	
ECOESTRESSE: () Positivo () Negativo	Data: _____
Descrição: _____	
ANGIOTOMO: () Positivo () Negativo	Data: _____
Descrição: _____	
RESSONÂNCIA: () Positivo () Negativo	Data: _____
Descrição: _____	
CATE: () Positivo () Negativo	Data: _____
Descrição: _____	
Angioplastia: () Sim () Não	Data: _____ Stent: () Sim () Não Quantos? _____
Revascularização: () Sim () Não	
Data: _____	