

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

PHILUPI SANTOS SOARES

**ANÁLISE COMPARATIVA DA RELIGIOSIDADE E
ESPIRITUALIDADE ENTRE OS PACIENTES DOS
AMBULATÓRIOS DE CARDIOLOGIA DO SUS E SISTEMA
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

ARACAJU

2023

PHILUPI SANTOS SOARES

**ANÁLISE COMPARATIVA DA RELIGIOSIDADE E
ESPIRITUALIDADE ENTRE OS PACIENTES DOS AMBULATÓRIOS
DE CARDIOLOGIA DO SUS E SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**



Monografia apresentada pelo aluno Philipi Santos Soares 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

**ANÁLISE COMPARATIVA DA RELIGIOSIDADE E
ESPIRITUALIDADE ENTRE OS PACIENTES DOS AMBULATÓRIOS
DE CARDIOLOGIA DO SUS E SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**



Monografia apresentada pelo aluno Philipi Santos Soares 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.

Autor: Philipi Santos Soares

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

ARACAJU

2023

**ANÁLISE COMPARATIVA DA RELIGIOSIDADE E
ESPIRITUALIDADE ENTRE OS PACIENTES DOS AMBULATÓRIOS
DE CARDIOLOGIA DO SUS E SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR**



Monografia apresentada pelo aluno Philipi Santos Soares 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.

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

2023

RESUMO

Fundamento: o estudo da religiosidade e espiritualidade (R/E) em associação com a saúde cardiovascular tem se demonstrado muito promissor, principalmente pelos benefícios no que diz respeito aos fatores de risco. Apesar disso, ainda há um baixo número de pesquisas na área, o que reforça a importância da sua discussão.

Objetivo: analisar se há diferença nos níveis de R/E entre os pacientes dos ambulatórios de cardiologia da rede pública e rede suplementar de saúde.

Métodos: trata-se de um estudo observacional, transversal de caráter analítico. Os níveis de R/E foram determinados a partir de duas escalas: *Duke Religiosity Index* (DUREL) e *Brief Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality* (BMMRS). Os grupos da pesquisa foram comparados para variáveis sociodemográficas e clínicas por meio de teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para as variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram comparadas por meio de 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.

Resultados: O estudo incluiu 237 pacientes, dos quais 132 (55,7%) eram do sexo feminino. A idade média da amostra foi de $60,8 \pm 10,7$ anos. HAS, dislipidemia e sedentarismo foram especialmente prevalentes nessa amostra. Os grupos de pesquisa foram então comparados quanto aos itens das escalas DUREL e BMMRS. Não houve diferenças entre os grupos para os itens da escala DUREL ($p > 0,05$). O domínio 7 da escala BMMRS (História religiosa/espiritual) apresentou média superior entre os pacientes da rede pública de saúde ($p = 0,020$), o que sugere que tal grupo apresentou mais experiências de ordem religiosa e espiritual durante a vida. A amostra geral não demonstrou diferenças para os níveis de R/E entre pacientes assistidos na rede pública ou suplementar de saúde para a maioria dos domínios das escalas utilizadas.

Conclusão: Não houve diferença nos níveis de religiosidade e espiritualidade entre os grupos Rede pública e rede suplementar, com exceção do domínio 7 da escala BMMRS, que apresentou diferença significativa, tendo o grupo Rede pública apresentado maior média em tal domínio.

Palavras-chave: Religiosidade, espiritualidade, doenças cardiovasculares, Sistema Unico de Saúde, Sistema de Saúde Suplementar

ABSTRACT

Background: The study of religiosity and spirituality in association with cardiovascular health has shown to be very promising, mainly due to the benefits regarding risk factors. Despite this, there is still a low number of researches in the area, which reinforces the importance of its discussion.

Objective: to analyze whether there is a difference in levels of religiosity and spirituality among patients in cardiology outpatient clinics of the public network and the supplementary health network

Methods: this is an observational, cross-sectional analytical study. R/E levels were determined from two scales: Duke Religiosity Index (DUREL) and Brief Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality (BMMRS). The research groups were compared for sociodemographic and clinical variables using the chi-square test Pearson's or Fisher's Exact for categorical variables. Quantitative variables were compared using 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. The significance level for the analyzes was fixed at 5% ($p \leq 0.05$). All analyzes were conducted using the SPSS Statistics software (IBM, Chicago, IL, USA), version 22.0.

Results: The study included 237 patients, of which 132 (55.7%) were female. The average age of the sample was 60.8 ± 10.7 years. SAH, dyslipidemia and sedentary lifestyle were especially prevalent in this sample. The research groups were then compared for items on the DUREL and BMMRS scales. There were no differences between groups for items on the DUREL scale ($p > 0.05$). Domain 7 of the BMMRS scale (Religious/Spiritual History) had a higher average among patients in the public health network ($p = 0.020$), which suggests that this group had more religious and spiritual experiences during their lives. The general sample did not show differences in R/S levels between patients assisted in the public or supplementary health network for most of the domains of the scales used.

Conclusion: There was no difference in levels of religiosity and spirituality between the public network and supplementary network groups, with the exception of domain 7 of the

BMMRS scale, which showed a significant difference, with the public network group having the highest average in this domain.

Keywords: Religiosity, spirituality, cardiovascular diseases, Unified Health System, Supplementary Health System

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC CARDIOL: Arquivos Brasileiros De Cardiologia

BMMRS: Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality

DAC: Doença Arterial Coronariana

DM: Diabetes mellitus

DUREL: Duke University Religion Index

R/E: Espiritualidade e religiosidade

RI: Religiosidade intrínseca

RNO: Religiosidade não organizacional

RO: Religiosidade organizacional

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

SBC: Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCC: Síndrome Coronariana Crônica

SUS: Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas da amostra geral.	48
Tabela 2 - Caracterização dos grupos de pesquisa quanto a variáveis demográficas e clínicas.	
Tabela 3 - Dados de consistência interna do DUREL e BMMRS para amostra própria e amostra dos estudos de validação.	49
Tabela 4 - Médias para os domínios da escala DUREL segundo grupo de pesquisa.	50
Tabela 5 – Médias para os domínios da escala BMMRS segundo grupo de pesquisa.	
Tabela 6 - Médias das escalas DUREL e BMMRS para pacientes coronariopatas assistido na rede pública ou suplementar de saúde.	50

SUMÁRIO

1. REFERENCIAL TEÓRICO	11
1.1. Conceitos e definições	11
1.2. Importância da abordagem da religiosidade e espiritualidade	13
1.3. Sistema Único de Saúde vs Sistema de Saúde Suplementar	15
Referências Bibliográficas	17
2. NORMAS DE SUBMISSÃO EM PERIÓDICO	20
2.1. Normas De Submissão Para Artigo Original	32
3. ARTIGO ORIGINAL	37
1. INTRODUÇÃO	40
2. MÉTODOS	41
2.1 Tipo de Estudo	41
2.2 Participantes	41
2.3 Variáveis	41
2.3.1 Variável independente	
2.3.1.1 DUREL	42
2.3.1.2 BMMRS	42
2.3.2 Variável dependente	43
2.4 Análise estatística	43
3. RESULTADOS	44
3.1 Caracterização da amostra	44
3.2 Religiosidade/Espiritualidade de acordo com os grupos de pesquisa (Rede pública vc. Rede suplementar de saúde)	44
3.3 R/E entre pacientes coronariopatas segundo modalidade de assistência	44
4. DISCUSSÃO	45
5. CONCLUSÃO	46
6. FIGURAS E TABELAS	47
7. AGRADECIMENTOS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
4. ANEXOS	53
ANEXO I- Termo De Consentimento Livre E Esclarecido- TCLE	53
ANEXO II- Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa	55
ANEXO III- Medida Multidimensional Breve De Religiosidade E Espiritualidade (BMMRS-P)	57
ANEXO IV - ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE - DUREL-P	63

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Conceitos e definições

Religiosidade e espiritualidade (R/E) estão relacionadas, porém não são sinônimos. Religiosidade envolve uma organização de tradições, valores, cultos, doutrinas construídos ao longo do tempo por um grupo de pessoas. Espiritualidade está relacionada com aquilo que é transcendente, com questões sentimentais, sobre o significado e propósito da vida, e a reflexão sobre o que vai além do que pode ser visto ou entendido de fato (Saad, Masiero e Battistella 2001).

A palavra religião é oriunda do termo *religare* em latim, e significa unir (Mueller et al 2001). Para Lucchetti et al (2010), religião é um sistema organizado que envolve crenças, simbologias, condutas, que busca o acesso ao sagrado ou transcendente. Baltazar (2003) coloca as religiões como sistemas de crenças, com tradições acumuladas envolvendo símbolos, rituais, cerimônias e trazem explicações sobre a vida e a morte. A religião pode ser entendida ainda como uma dimensão da vida social e cultural e elemento de expressão individual e coletiva, capaz de organizar modos de sentir e lidar com o sofrimento (Baltazar, 2003).

Religiosidade é entendida como “extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, podendo ser organizacional (participação no templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão)” (Lucchetti, et al 2010).

O envolvimento religioso ou religiosidade compreende os comportamentos, atitudes, valores, crenças e experiências motivados pela religião, repercutindo em três dimensões: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). A RO se relaciona às ações religiosas que ocorrem dentro da instituição religiosa, como frequentar as atividades religiosas e o desempenho de cargos ou funções. Em contrapartida, a RNO engloba os comportamentos religiosos no âmbito privado, aqueles que ocorrem fora da instituição, como as orações, preces, meditações, leitura de texto religioso, que não necessitam estar no templo religioso. Por fim, a religiosidade intrínseca avalia o quanto a religião pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e a vida da pessoa. É

uma dimensão subjetiva, da maneira que o indivíduo entende a importância da religião em sua vida (Santos e Abdala 2014).

Para Stroppa e Moreira-Almeida (2008) a religiosidade pode ser intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade intrínseca, o indivíduo possui uma fé no sagrado, o interesse está em estar próximo daquilo que é divino, de forma independente da religião. Já na religiosidade extrínseca, o indivíduo utiliza a religião como meio de resolver problemas e obter algum benefício pessoal.

A tradição religiosa do ocidente enfatiza uma relação pessoal com Deus e com o próximo. Tais relações podem ter papel importante sobre a melhora da saúde mental e no enfrentamento de situações difíceis que acompanham doenças e suas limitações. A sensação de proximidade com Deus pode proporcionar algum grau de amparo e socorro contribuindo para uma melhor forma de lidar com a enfermidade (Moreira Almeida, et al 2006).

Um outro conceito importante relacionado à religiosidade é o coping religioso que é uma forma de utilização da religião para enfrentamento da doença. O coping religioso pode ser positivo ou negativo. O positivo diz respeito aos bons comportamentos em relação à própria saúde, envolver-se com emoções positivas motivado pela religião, buscar benefícios ou significados. Já o coping religioso negativo está ligado à crença de que foi abandonado pelo sagrado diante de uma situação estressante, ou a confiança excessiva de que será curado de determinada doença somente com a fé (Pargament et al., 2000).

A espiritualidade ainda é um termo em que há um grau de desacordo e falta de consenso sobre sua definição. A espiritualidade é algo pessoal, livre de regras, responsabilidades e pode ser significativa para as pessoas independente de suas religiões. Está intimamente ligada ao sobrenatural, ao místico e à religião organizada, embora não dependa desta para existir (Lucchese e Koenig 2013).

A espiritualidade difere da religiosidade por envolver um significado mais abrangente. Enquanto a religião é composta por doutrinas, rituais e tradições, a espiritualidade é um sentimento pessoal, que estimula uma conexão com o divino, com a natureza, com a sociedade, consigo mesmo, e também busca o entendimento do sentido da vida (Evangelista et al., 2016).

Para Thiengo (2019) a religião, fé ou espiritualidade entram como estratégias para lidar com o estresse e as consequências negativas causadas pela experiência dos problemas da vida. Muitas vezes são um dos poucos pontos de apoio para a compreensão e o enfrentamento das dificuldades impostas pelos sintomas do adoecimento.

1.2. Importância da abordagem da religiosidade e espiritualidade

Num estudo transversal com 2967 pacientes, realizado por Brewer et al. (2022), utilizando dados do Jackson Heart Study, foi analisada a associação entre religiosidade/espiritualidade e a saúde cardiovascular de pacientes afro-americanos. Constatou-se que maiores níveis de R/E está ligado à criação de melhores hábitos em saúde, como melhora da dieta, diminuição do tabagismo e aumento da atividade física.

Abu et al. (2019) realizaram um estudo de coorte com 2067 pacientes internados por síndrome coronariana aguda em seis centros médicos de Massachusetts e Geórgia nos Estados Unidos. Foi analisada a associação da religiosidade com ativação do paciente no cuidado com a saúde. Concluíram que 33% dos pacientes relataram ter pouco/alguma força e conforto na religião, 52% das pessoas muita força e conforto na religião, e estes tiveram maiores níveis de ativação em relação àqueles que responderam não ter nenhuma força e conforto na religião.

Abordar a espiritualidade e religiosidade é muito importante pelo fato de muitos pacientes seres religiosos ou espiritualizados e suas crenças influenciarem na forma de enfrentamento das situações adversas da vida, podendo ajudar a lidar com a doença (Moriguchi et al., 2019).

É importante que os profissionais da saúde estejam preparados e familiarizados com a temática da religiosidade e espiritualidade, e o paciente aceite a inserção deste tema nas consultas médicas. Quando há um desalinhamento entre os lados, podem surgir conflitos e desdobramentos que podem impactar negativamente na condução médica (Moriguchi et al., 2019).

Avaliar R/E na prática clínica e em pesquisas científicas pode ser um desafio devido a complexidade dos elementos e definições envolvidas, e o caráter subjetivo. Existem diversas escalas que mensuram R/E e muitas delas são validadas no Brasil (Moriguchi et al., 2019).

Lucchetti et al., (2013) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de mapear as escalas de R/E disponíveis para pesquisa em língua portuguesa. Foram encontradas 20 escalas, sendo que 45% avaliavam religiosidade, 40% espiritualidade, 10% coping religioso/espiritual e 5% espiritualidade/religiosidade. Apenas 40% dos instrumentos apresentaram validação concorrente, 45% validação discriminante e 15% teste reteste.

O índice de religiosidade DUREL, (Duke University Religion Index) é uma escala desenvolvida por Koenig et al (1997) com versão em português (Moreira-Almeida et al

2008-2013) que possui cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfecho em saúde: organizacional (RO), não-organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI). O item 1 avalia a RO, o 2 avalia a RNO e o 3,4 e 5 contempla a RI (Figura 1).

Imagem 1 : Print do Índice de DUREL

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

<p>(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade
<p>(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?</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade
<p><i>A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.</i></p>	<p>(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente verdade para mim 2. Em geral é verdade 3. Não estou certo 4. Em geral não é verdade 5. Não é verdade

Fonte: Moreira-Almeida et al., (2007).

O índice DUREL é validado no Brasil (Taunay et al., 2012) e possui fácil aplicação, aborda os principais domínios da religiosidade e vem sendo usado em diversas culturas. Tem apresentado boas características psicométricas, validade de face e concorrente e boa confiabilidade teste-reteste. Suas dimensões analisadas têm demonstrado relação com diversos indicadores de suporte em saúde (Moriguchi et al., 2019).

Para avaliação da história espiritual, o questionário FICA (Puchalski e Romer 2000), criado por médicos, baseado na vivência clínica, tem apresentado boas características psicométricas (Quadro 2). Analisa quatro dimensões a respeito da espiritualidade: fé/crenças, importância/influência, comunidade e ação no tratamento (Moriguchi et al., 2019).

Uma outra escala importante validada no Brasil é a Medida Multidimensional Breve de Religiosidade e Espiritualidade (Brief Multidimensional Measure of Religiousness and Spirituality - BMMRS). A BMMRS possui 38 itens e avaliam 11 dimensões: 1) Experiências

espirituais diárias; 2) Valores/crenças; 3) Perdão; 4) Práticas religiosas particulares; 5) Superação religiosa; 6) Apoio religioso; 7) Histórico religioso espiritual; 8) Comprometimento; 9) Religiosidade organizacional; 10) Preferências religiosas e 11) Autoavaliação global de R/E (Curcio 2013).

Quadro 2

Questionário FICA
<p>F-Fé crença Você se considera religioso ou espiritualizado? Você tem crenças que ajudam a lidar com os problemas? Se não tem, o que dá significado à vida?</p>
<p>I – Importância/influência Que importância você dá para a fé e as crenças religiosas na sua vida? A fé ou as crenças já ajudaram você a lidar com estresse ou problemas de saúde? Você tem alguma crença que pode afetar decisões médicas ou o seu tratamento?</p>
<p>C – Comunidade Você faz parte de alguma comunidade religiosa ou espiritual? Ela lhe dá suporte? Como? Existe algum grupo de pessoas que você realmente ama ou é importante para você? Há alguma comunidade (igreja, templo, grupo de apoio) que lhe dê suporte?</p>
<p>A – Ação no tratamento Como você gostaria que o médico considerasse a questão da religiosidade/ espiritualidade no seu tratamento? Indique algum líder religioso/espiritual da sua comunidade</p>

1.3. Sistema Único de Saúde vs Sistema de Saúde Suplementar

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 a partir de anos de debate que evidenciaram algumas demandas sociais como a necessidade de fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, formando assim um sistema único (Paiva e teixeira 2014). A partir da existência do SUS, a saúde deixou de ser entendida como ausência de doença e passou a ser vista como algo mais amplo, que envolve a realização de prevenção dos agravos e promoção da saúde, que se relaciona diretamente com a qualidade de vida (Carvalho 2013).

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) definiu princípios que podem ser divididos em doutrinários e organizacionais. Os primeiros se referem à universalidade, integralidade e equidade. A universalidade diz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Integralidade é o princípio que afirma que o indivíduo deve ser visto como um todo e não apenas como um conjunto de sistemas orgânicos. E por fim a equidade, que diz que os atendimentos em saúde não podem ser uniformizados e devem ocorrer de acordo com as condições de vida e nível sociocultural e econômico da população em questão (Carvalho 2013).

Os princípios organizacionais são: descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social. A descentralização da saúde significa uma redistribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre o poder municipal, estadual e federal. A hierarquização da rede indica que os serviços devem funcionar em níveis de complexidade crescente (atenção primária, secundária, terciária e quaternária). A regionalização visa cobrir os vazios regionais de infraestrutura e as ações e serviços devem ser organizadas de forma regionalizada a fim de atender um grande território. Há também a participação e o controle social que é a garantia de que a população participe do processo de formação das políticas de saúde e do controle da sua execução, através dos conselhos de saúde e conferências da saúde (Carvalho 2013).

Um outro ponto que deve ser abordado é a complementaridade do setor privado. O Ministério da Saúde assim explica:

“Os cuidados em saúde no Brasil podem ser providenciados pelo Estado ou pela iniciativa privada. Os cuidados em saúde de natureza pública são prestados no âmbito do SUS, por órgãos e instituições públicas e estabelecimentos privados de assistência à saúde, sendo que nesse caso devem ser complementares, mediante a celebração de contrato ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Os serviços exclusivamente privados de assistência à saúde são disponibilizados por profissionais liberais, legalmente habilitados, prestadores de serviços privados de saúde, ou por operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde (BRASIL 1990).

Em resumo, o Ministério da Saúde (BRASIL 1990), diz que quando a disponibilidade de serviços for insuficiente para garantir a cobertura de determinada população, o SUS pode recorrer a contratação de serviços ofertados pela iniciativa privada para preencher a lacuna deixada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BESHARAT, Mohammad Ali; HOSSEINI, Seyedeh Asma; JAHED, Hossein Ali; *et al.* Introduce a New Intervention Model Based on Islamic Lifestyle for Decreasing the Risk of Cardiovascular Disease in People at Risk: A Comparative Study. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 2, p. 736–751, 2020.
2. EVANGELISTA, Carla Braz; LOPES, Maria Emília Limeira; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; *et al.* Spirituality in patient care under palliative care: A study with nurses. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016.
3. FEINSTEIN, Matthew; LIU, Kiang; NING, Hongyan; *et al.* Incident obesity and cardiovascular risk factors between young adulthood and middle age by religious involvement: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. **Preventive Medicine**, v. 54, n. 2, p. 117–121, 2012.
4. KOENIG, Harold G. Religion, Spirituality, and Medicine: How Are They Related and What Does It Mean? **Mayo Clinic Proceedings**, v. 76, n. 12, p. 1189–1191, 2001.
5. KRAUSE, N.; LIANG, J.; SHAW, B. A.; *et al.* Religion, Death of a Loved One, and Hypertension Among Older Adults in Japan. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 57, n. 2, p. S96–S107, 2002.
6. LUCCHESI, Fernando A.; KOENIG, Harold G. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 28, n. 1, p. 103–128, 2013.
7. LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; VALLADA, Homero. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 2, p. 112–122, 2013.
8. MOHAMED IBRAHIM, M.I.; ELHAG, M.; AWAISU, A. PDG38 RELATIONSHIP BETWEEN RELIGIOSITY-SPIRITUALITY AND MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES: A SYSTEMATIC REVIEW. **Value in Health**, v. 22, p. S603, 2019.
9. MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, 2006.
10. MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PERES, Mário F.; ALOE, Flávio; *et al.* Versão em

- português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, n. 1, p. 31–32, 2008.
11. MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos; *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 1, p. 12–15, 2010.
 12. PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–36, 2014.
 13. PARGAMENT, Kenneth I.; KOENIG, Harold G.; PEREZ, Lisa M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519–543, 2000.
 14. PRÉCOMA, Dalton Bertolim; OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de; SIMÃO, Antonio Felipe; *et al.* Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2019.
 15. SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 3, 2001.
 16. SANTOS, Neyde Cintra dos; ABDALA, Gina Andrade. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p. 795–805, 2014.
 17. TAUNAY, Tauily Claussen D’Escragnolle; GONDIM, Francisco de Assis Aquino; MACÊDO, Daniele Silveira; *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, n. 4, p. 130–135, 2012.
 18. THIENGO, Priscila Cristina Da Silva; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; DAS MERCÊS, Magno Conceição Conceição; *et al.* ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.
 19. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2023
 20. CANDIDO, M. **Pentecostalismo e a periferia: aspectos da relação entre a religiosidade pentecostal e o contexto de pobreza das periferias**. Trabalho de

conclusão de curso - curso de Ciências Sociais da Universidade Federal Fluminense, Niterói, p.15.2017.

21. COUTO, M. T. Religiosity, reproduction and health among underprivileged urban families. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.5, n.8, p.27-44, 2001.

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%A9ncia_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-Imagiológica: 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. Última-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/ictrp/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>.

Detecção 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.

Detecção 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.

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: análise comparativa da religiosidade e espiritualidade entre os pacientes dos ambulatórios de cardiologia do sus e sistema de saúde suplementar

Title: comparative analysis of religiosity and spirituality between patients in cardiology outpatients of the sus and the supplementary health system

Título Resumido: Religiosidade e espiritualidade no SUS e Sistema de saúde suplementar

Short title: Religiosity and spirituality in the unified health system and the supplementary health system

Palavras-chave: Religiosidade, espiritualidade, doenças cardiovasculares, Sistema Unico de Saúde, Sistema de Saúde Suplementar

Keywords: Religiosity, spirituality, cardiovascular diseases, Unified Health System, Supplementary Health System

Contagem de palavras: 4140 palavras

Word count: 4140 words

RESUMO

Fundamento: O estudo da religiosidade e espiritualidade (R/E) em associação com a saúde cardiovascular tem se demonstrado muito promissor, principalmente pelos benefícios no que diz respeito aos fatores de risco. Apesar disso, ainda há um baixo número de pesquisas na área, o que reforça a importância da sua discussão

Objetivo: analisar se há diferença nos níveis de R/E entre os pacientes dos ambulatórios de cardiologia da rede pública e rede suplementar de saúde

Métodos: trata-se de um estudo observacional, transversal de caráter analítico. Os níveis de R/E foram determinados a partir de duas escalas: *Duke Religiosity Index* (DUREL) e *Brief Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality* (BMMRS). Os grupos da pesquisa foram comparados para variáveis sociodemográficas e clínicas por meio de teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para as variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram comparadas por meio de 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.

Resultados: O estudo incluiu 237 pacientes, dos quais 132 (55,7%) eram do sexo feminino. A idade média da amostra foi de $60,8 \pm 10,7$ anos. HAS, dislipidemia e sedentarismo foram especialmente prevalentes nessa amostra. Os grupos de pesquisa foram então comparados quanto aos itens das escalas DUREL e BMMRS. Não houve diferenças entre os grupos para os itens da escala DUREL ($p > 0,05$). O domínio 7 da escala BMMRS (História religiosa/espiritual) apresentou média superior entre os pacientes da rede pública de saúde ($p = 0,020$), o que sugere que tal grupo apresentou mais experiências de ordem religiosa e espiritual durante a vida. A amostra geral não demonstrou diferenças para os níveis de R/E entre pacientes assistidos na rede pública ou suplementar de saúde para a maioria dos domínios das escalas utilizadas.

Conclusão: Não houve diferença nos níveis de R/E entre os grupos Rede pública e rede suplementar, com exceção do domínio 7 da escala BMMRS, que apresentou diferença significativa, tendo o grupo Rede pública apresentado maior média em tal domínio.

Palavras-chave: Religiosidade, espiritualidade, doenças cardiovasculares, Sistema Único de Saúde, Sistema de Saúde Suplementar.

1. INTRODUÇÃO

Os temas religiosidade e espiritualidade (R/E) tem sido objeto de interesse de profissionais da saúde e pesquisadores, principalmente devido sua ação positiva no processo terapêutico dos pacientes (Moreira-Almeida et al., 2010). Embora seja um tema em ascensão, ainda há um certo déficit de estudos, e diante disso, busca-se contribuir no desenvolvimento dessa vertente do conhecimento.

Pode-se dizer que a religiosidade se refere a maneira pela qual um indivíduo segue as doutrinas de determinada religião, podendo ser de forma participativa em centros ou eventos religiosos ou de modo mais particular, realizando orações e leituras (Luccheti et al., 2010). Já a espiritualidade é uma característica inerente a humanidade, que reflete a maneira com a qual os indivíduos se conectam com os mais variados elos do sistema, tais como a natureza, a comunidade, consigo mesmo ou sagrado (Puchalski et al., 2014)

Em 2019, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou a I Diretriz de Prevenção Cardiovascular (Moriguchi et al., 2019) que inclui os temas religiosidade e espiritualidade. Esta publicação contribuiu de modo marcante na valorização do tema aos profissionais da saúde, além de dar mais credibilidade para os pesquisadores. Neste material discute-se de forma clara diversas possibilidades de incluir a religiosidade e a espiritualidade nas consultas médicas, como fazer uma anamnese espiritual, os benefícios de fazê-la, além de demonstrar instrumentos utilizados para mensurar tais temáticas.

Uma revisão sistemática que analisou trabalhos publicados entre 2006 e 2018 buscando relacionar a R/E, com a adesão medicamentosa em pacientes com doenças cardiovasculares, constatou que pacientes com maiores níveis de R/E tem melhor adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Não houve correlação com a terapêutica da insuficiência cardíaca congestiva. Os autores concluíram que há uma escassez de estudos explorando a relação entre R/E e adesão medicamentosa com outras doenças cardiovasculares, como doenças coronarianas e arritmias. (Elhag et al., 2022).

O presente trabalho visa analisar se há diferença nos níveis de R/E entre os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do sistema de saúde suplementar.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudo

Observacional, transversal, de caráter analítico.

2.2 Participantes

A amostra foi selecionada a partir de pacientes dos ambulatórios de cardiologia de quatro hospitais de Sergipe, sendo dois da rede pública de saúde e dois da rede suplementar de saúde. Como critério de inclusão, estabeleceu-se que os centros hospitalares deveriam possuir ao menos uma prova funcional de isquemia miocárdica (teste ergométrico, ecocardiografia sob estresse físico, cintilografia do miocárdio ou ressonância nuclear magnética cardíaca), a fim de estabelecer o diagnóstico de síndrome coronariana crônica de modo objetivo.

A amostragem foi não probabilística consecutiva e excluiu pacientes menores de 18 anos ou que estavam em instabilidade clínica durante a coleta de dados. Os pacientes incluídos no estudo foram divididos em dois grupos: um grupo de pacientes assistidos na rede pública de saúde e um grupo de pacientes assistidos na rede suplementar de saúde.

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

2.3 Variáveis

2.3.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes deste estudo compreendem fatores de risco, doenças cardiovasculares e variáveis referentes à avaliação qualitativa e quantitativa dos níveis de religiosidade e espiritualidade (R/E) 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) (Faludi et al 2017), nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020) (SBD 2019) e nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da SBC (2020) (Barroso et al 2021). O critério definido para diagnóstico de SCC compreende a positividade de ao menos um teste funcional. Eventos cardiovasculares prévios compreendem história médica progressiva 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 (ABESO 2016). Sedentarismo foi definido segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde – tempo de atividade física moderada inferior a 150 minutos por semana (WHO 2020). Tabagismo atual ou anterior foi considerado quando houve história atual ou progressiva de consumo de produtos à base de nicotina associado a algum grau de desordem de comportamento relacionada a dependência do produto (WHO 2019). Consumo de álcool se refere ao consumo de bebidas alcoólicas em qualquer volume, com frequência mínima mensal.

Os níveis de R/E foram determinados a partir de duas escalas: *Duke Religiosity Index* (DUREL) e *Brief Multidimensional Measure of Religiosity and Spirituality* (BMMRS). A versão utilizada do DUREL foi a tradução validada por Taunay et al. (2012) baseada na versão original elaborada por pesquisadores da Universidade de Duke (Koenig et al 1997). A versão do BMMRS utilizada nesse estudo é a tradução validada para amostras brasileiras de Curcio (2013), adaptada da versão original do Instituto Fetzer (2003).

2.3.1.1 DUREL

O DUREL é uma escala ordinal simples composta por cinco itens relacionados a religiosidade e suas dimensões. O primeiro item avalia a religiosidade organizacional (RO) do indivíduo, o segundo item avalia a religiosidade não organizacional (RNO) e a soma dos três últimos itens fornece um índice acerca da religiosidade intrínseca (RI) do indivíduo.

RO e RNO variam de 1 a 6, sendo 1 o escore atribuído ao menor nível de RO ou RNO e 6 o escore atribuído ao maior nível de RO ou RNO. RI varia entre 3 e 15 – 3 corresponde ao menor nível de RI e 15 ao maior nível de RI que o indivíduo pode apresentar.

2.3.1.2 BMMRS

A BMMRS também é uma escala ordinal, sendo composta por 38 itens distribuídos em 11 domínios: Experiências espirituais diárias (BMMRS 1); Valores e crenças (BMMRS 2); Perdão (BMMRS 3); Práticas religiosas particulares (BMMRS 4); Superação religiosa/espiritual (BMMRS 5); Suporte religioso (BMMRS 6); História religiosa/espiritual (BMMRS 7); Comprometimento (BMMRS 8); Religiosidade organizacional (BMMRS 9); Preferências religiosas (BMMRS 10); Autoavaliação global de R/E (BMMRS 11).

As somas dos itens em cada domínio resultam em uma pontuação diretamente proporcional ao nível de R/E. Dessa forma, cada domínio é avaliado individualmente. Os itens da escala foram arranjos de forma que as pontuações em cada domínio sejam diretamente proporcionais ao nível de R/E.

2.3.2 Variável dependente

A variável dependente desse estudo corresponde à modalidade de assistência prestada ao participante da pesquisa. Os indivíduos da amostra foram divididos em dois grupos: Rede Pública *vs.* Rede Suplementar de Saúde. A partir disso, os grupos foram comparados quanto a variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à R/E.

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 grupos da pesquisa foram comparados para variáveis sociodemográficas e clínicas por meio de teste qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para as variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram comparadas por meio de 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

O estudo incluiu 237 pacientes, dos quais 132 (55,7%) eram do sexo feminino. A idade média da amostra foi de $60,8 \pm 10,7$ anos. HAS, dislipidemia e sedentarismo foram especialmente prevalentes nessa amostra. As distribuições das demais características sociodemográficas e clínicas estão descritas na Tabela 1.

Não houve diferenças entre os grupos de pesquisa para o sexo, idade e tipo de moradia (Tabela 2), desse modo, os grupos de pesquisa foram comparáveis quanto a tais variáveis. Os pacientes assistidos pela rede pública de saúde apresentaram maiores frequências de variáveis clínicas como HAS, sedentarismo, tabagismo atual ou anterior, obesidade e eventos cardiovasculares prévios em relação aos pacientes da rede suplementar de saúde (Tabela 2).

3.2 Religiosidade/Espiritualidade de acordo com os grupos de pesquisa (Rede pública vs. Rede suplementar de saúde)

As consistências internas (α de Cronbach) dos instrumentos utilizados foram satisfatórios, tendo sido comparáveis àquelas observadas nas amostras clínicas dos estudos de validação brasileiros (Taunay 2012 e Curcio 2013) (Tabela 3).

Os grupos de pesquisa foram então comparados quanto aos itens das escalas DUREL e BMMRS. Não houve diferenças entre os grupos para os itens da escala DUREL ($p > 0,05$) (Tabela 4). O domínio 7 da escala BMMRS (História religiosa/espiritual) apresentou média superior entre os pacientes da rede pública de saúde ($p = 0,020$), o que sugere que tal grupo apresentou mais experiências de ordem religiosa e espiritual durante a vida.

3.3 R/E entre pacientes coronariopatas segundo modalidade de assistência

A amostra geral não demonstrou diferenças para os níveis de R/E entre pacientes assistidos na rede pública ou suplementar de saúde para a maioria dos domínios das escalas utilizadas. Entretanto, ao avaliar-se isoladamente o grupo de pacientes com SCC ($n = 109$), verificou-se diferença significativa entre rede pública e rede suplementar para o domínio 4 da escala BMMRS (Práticas religiosas particulares), além do domínio 7 (História

religiosa/espiritual), cuja diferença entre os grupos já era observada na amostra geral (Tabela 6).

4. DISCUSSÃO

Não houve diferenças entre os grupos para os itens da escala DUREL ($p>0,05$) (Tabela 4) com exceção do domínio 7 da escala BMMRS (História religiosa/espiritual) que apresentou média superior entre os pacientes da rede pública de saúde ($p=0,020$), o que sugere que tal grupo apresentou mais experiências de ordem religiosa e espiritual durante a vida. Tal domínio aborda 3 questões: “Você já teve alguma experiência religiosa ou espiritual que mudou a sua vida?”, “Você já teve alguma recompensa com a sua fé?”, “Você já teve alguma perda significativa da sua fé?”, tendo como possíveis respostas SIM ou NÃO.

Pode-se analisar tal achado com a forma com que as classes populares se relacionam com as instituições religiosas. Para Candido 2017, essas instituições proporcionam uma sensação de pertencimento, de identidade a um grupo que historicamente tem sido marginalizado pelo Estado. Na igreja, o indivíduo encontra orientação e conhecimento, o que permite organizar sua vida familiar, emocional e financeira. Nesse contexto, o mesmo torna-se capaz de ascender socialmente, relacionando sua melhoria de vida com a fé e religiosidade.

Um outro ponto a ser observado é em relação aos aspectos rituais dos sistemas de cura de algumas religiões, tais como catolicismo popular, religiões afro brasileiras e pentecostalismo. Diante das longas filas de espera no SUS, muitos grupos recorrem à cura religiosa e espiritual, sendo os casos bem sucedidos de melhora, considerados uma recompensa com a fé (Couto 2001).

Percebe-se uma escassez de estudos relacionando espiritualidade e religiosidade com doenças cardiovasculares, diferente do que acontece com outras doenças crônicas, como diabetes mellitus, ansiedade e câncer. Além disso, associações com fatores de risco ou hábitos de vida também devem ser consideradas, uma vez que são fatores determinantes na formação ou prevenção de comorbidades.

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.

Em relação à hipertensão arterial, Luchese 2013 em uma revisão sistemática envolvendo religiosidade, espiritualidade e doença cardiovascular, identificou 63 estudos que mediram grau de envolvimento religioso e hipertensão arterial. Desses, 36 relataram menores níveis de hipertensão naqueles com maiores níveis de espiritualidade e religiosidade. 7 estudos relataram PA mais alta. Uma hipótese para estes últimos resultados seria o maior envolvimento religioso de algumas populações associado a maior estresse, ansiedade ou culpa, que estaria relacionado com o aumento da PA. Em conformidade com Lucchese 2013, a Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2019, o maior envolvimento com espiritualidade e religiosidade empregadas no enfrentamento de eventos estressantes esteve associado a um menor risco de desenvolver HAS, principalmente em mulheres com maior estresse.

Feinstein 2012 demonstrou que pacientes com alta frequência de envolvimento religioso eram mais propensos em relação àqueles sem nenhum, a se tornarem obesos entre idade adulta jovem e meia idade. Krause et al 2002 chegou aos mesmos resultados 10 anos antes, e uma possível explicação é o fato de organizações religiosas não abordarem o consumo excessivo de alimentos e as reuniões religiosas muitas vezes concentrarem comida e bebida.

Um estudo conduzido no oriente médio demonstrou que a adesão ao estilo de vida islâmico teve redução do risco cardiovascular, evidenciado por diminuição do colesterol e HDL. Uma possível explicação é a adoção de melhores hábitos de vida, principalmente pela pressão social e religiosa presente nesse meio para que o indivíduo seja regrado e disciplinado, culminando assim em maior cuidado com a saúde (Besharat et al 2021.).

Limitações

Lucheti et al 2011 apontam algumas dificuldades diante da discussão da R/E, como a falta de conhecimento sobre o assunto, a falta de treinamento e desinteresse por parte das escolas médicas em implementarem disciplinas sobre o tema em suas grades curriculares.

Além disso, embora seja um tema em ascensão, ainda são necessários muitos estudos que tratem das R/E a fim de reforçar a base científica deste assunto que vem se demonstrando extremamente promissor.

5. CONCLUSÃO

Não houve diferença nos níveis de religiosidade e espiritualidade entre os grupos Rede pública e rede suplementar, com exceção do domínio 7 da escala BMMRS, que apresentou diferença significativa, tendo o grupo Rede pública apresentado maior média em tal domínio

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%)
Afiliação religiosa	
Católica	159 (67,4%)
Evangélica	41 (17,4%)
Espírita	10 (4,2%)
Umbanda/Candomblé	2 (0,8%)
Ateísmo	3 (1,3%)
Outro	21 (8,9%)
Comorbidades	
Tabagismo atual ou anterior	67 (28,3%)
Consumo de álcool	114 (48,1%)
Sedentarismo	146 (61,6%)
Obesidade	67 (28,3%)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	171 (72,2%)
Diabetes Mellitus	76 (32,1%)
Dislipidemia	156 (65,8%)
Síndrome coronariana crônica	109 (46,0%)

Fonte: Elaboração própria (2023).

Tabela 2 – Caracterização dos grupos de pesquisa quanto a variáveis demográficas e clínicas.

Variável	Rede pública (n=121)	Rede suplementar (n=115)	p
Sexo, masculino	44,6% (54)	44,3% (51)	0,965
Idade	59,7 ± 11,61	62,0 ± 9,55	0,091
Tipo de moradia			
Casa própria	82,6% (100)	88,5% (100)	
Casa alugada	9,1% (11)	9,7% (11)	0,079
Casa cedida	8,3% (10)	1,8% (2)	
Estado civil			
Solteiro	16,5% (20)	10,6% (12)	0,189
Casado	40,5% (49)	64,6% (73)	<0,001
União estável	9,9% (12)	7,1% (8)	0,438
Divorciado/Separado	17,4% (21)	8,8% (10)	0,055
Viúvo	14,9% (18)	8,8% (10)	0,156
Outro	0,8% (1)	0 (0,0%)	0,333
Consumo de álcool	43,8% (53)	53,0% (61)	0,156
Tabagismo atual ou anterior	35,5% (43)	20,9% (24)	0,012
Sedentarismo	71,1% (86)	51,3% (59)	0,002
HAS	81,8% (99)	62,6% (72)	0,001
DM	38,0% (46)	26,1% (30)	0,050
Dislipidemia	68,6% (83)	63,5% (73)	0,407
Obesidade	34,7% (42)	21,7% (25)	0,027
SCC	51,2% (62)	40,9% (47)	0,110
Eventos cardiovasculares prévios	33,9% (41)	15,7% (18)	0,001

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 – Dados de consistência interna do DUREL e BMMRS para amostra própria e amostra dos estudos de validação.

Domínio	α n = 237	α Taunay et al. (2012) n = 323
	DUREL	
Religiosidade Organizacional	0,828	0,87
Religiosidade Não Organizacional		
Religiosidade Intrínseca		
	α n = 237	α Curcio (2013) n = 262
BMMRS		
Experiências espirituais diárias	0,908	0,83
Valores e crenças	0,393	0,40

Perdão	0,678	0,53
Práticas religiosas particulares	0,744	0,69
Superação religiosa/espiritual	0,685	0,63
Suporte religioso	0,594	0,73
História religiosa/espiritual	0,221	0,12
Comprometimento	0,398	0,14
Religiosidade organizacional	0,649	0,57
Autoavaliação global de R/E	0,687	0,59

Fontes: Elaborado pelos autores; Taunay et al. (2012); Curcio (2013).

Tabela 4 – Médias para os domínios da escala DUREL segundo grupo de pesquisa.

Domínio	Rede pública (n=121)	Rede suplementar (n=115)	p
Religiosidade organizacional	3,9 ± 1,61	4,1 ± 1,36	0,318
Religiosidade não organizacional	4,6 ± 1,51	4,7 ± 1,32	0,752
Religiosidade intrínseca	13,5 ± 2,42	13,6 ± 1,98	0,786

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5 – Médias para os domínios da escala BMMRS segundo grupo de pesquisa.

Domínio	Rede pública (n=121)	Rede suplementar (n=115)	p
Experiências espirituais diárias	28,5 ± 6,49	29,7 ± 6,05	0,155
Valores e crenças	7,1 ± 1,26	7,3 ± 0,89	0,106
Perdão	10,5 ± 1,90	10,3 ± 1,78	0,658
Práticas religiosas particulares	26,7 ± 7,31	25,5 ± 7,01	0,210
Superação religiosa/espiritual	20,6 ± 3,17	20,5 ± 3,25	0,831
Suporte religioso	11,4 ± 2,63	11,4 ± 2,71	0,993
História religiosa/espiritual	5,3 ± 0,79	5,0 ± 0,88	0,020
Comprometimento	5,9 ± 1,30	6,0 ± 1,40	0,746
Religiosidade organizacional	5,9 ± 3,06	6,0 ± 2,78	0,777
Autoavaliação global de R/E	13,5 ± 2,42	13,6 ± 1,98	0,786

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6 – Médias das escalas DUREL e BMMRS para pacientes coronariopatas assistido na rede pública ou suplementar de saúde.

Domínio	Rede pública (n=121)	Rede suplementar (n=115)	p
DUREL			
Religiosidade organizacional	3,8 ± 1,64	4,1 ± 1,46	0,352
Religiosidade não organizacional	4,8 ± 1,38	4,4 ± 1,53	0,170
Religiosidade intrínseca	13,8 ± 2,09	13,2 ± 2,52	0,187
BMMRS			
Experiências espirituais diárias	29,3 ± 5,51	28,5 ± 6,80	0,510
Valores e crenças	7,2 ± 1,05	7,2 ± 0,98	0,883

Perdão	10,5 ± 1,78	10,2 ± 2,30	0,524
Práticas religiosas particulares	27,4 ± 6,47	24,3 ± 7,66	0,026
Superação religiosa/espiritual	21,2 ± 2,54	20,1 ± 3,55	0,063
Suporte religioso	11,2 ± 2,59	10,9 ± 2,65	0,542
História religiosa/espiritual	5,4 ± 0,71	5,1 ± 0,83	0,026
Comprometimento	5,8 ± 1,20	5,7 ± 1,44	0,857
Religiosidade organizacional	5,7 ± 2,99	5,8 ± 2,83	0,817
Autoavaliação global de R/E	6,3 ± 1,28	6,0 ± 1,41	0,310

Fonte: Elaboração própria.

7. AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos hospitais que permitiram a aplicação dos questionários, aos pacientes que se disponibilizaram a fazer parte do estudo e a todos que se envolveram para a realização do presente trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

22. 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>.
23. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2019.
24. 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>
25. 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>.
26. World Health Organization. **WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance**. Genebra: WHO; 2020 [cited 2023 Jan 22]. 24p. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1318299/retrieve>.
27. World Health Organization. **ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems**. Genebra: WHO; 2019 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#>.
28. Taunay TCD, Gondim F de AA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel L de A, Andrade LMS, et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev Psiquiatr Clín** 2012;39:130–5. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832012000400003>.
29. Koenig H, Parkerson Jr GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *AJP* 1997;154:885b–86. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.6.885b>.
30. Curcio CSS. **Validação da versão em Português da “Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality” ou “Medida Multidimensional Breve de**

- Religiosidade/Espiritualidade” (BMMRS-P).** Juiz de Fora. Dissertação [Mestrado em Saúde Brasileira] – Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
31. Fetzer Institute. **Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group.** Fetzer Institute 2003 (1999).
32. CANDIDO, M. **Pentecostalismo e a periferia: aspectos da relação entre a religiosidade pentecostal e o contexto de pobreza das periferias.** Trabalho de conclusão de curso - curso de Ciências Sociais da Universidade Federal Fluminense, Niterói, p.15.2017.
33. COUTO, M. T. **Religiosity, reproduction and health among underprivileged urban families.** Interface _ Comunic, Saúde, Educ, v.5, n.8, p.27-44, 2001.

8. 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: _____ Nº 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- Medicações utilizadas: () Sem medicamentos

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

(1) DAC (2) Grupo
 Controle

Parte IV- Eventos e exames

IDAS A EMERGÊNCIA: (1) Sim (2) Não Quantos: _____	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: _____	

Parte IV- Avaliação da aceitação da abordagem da E/R pelos pacientes

1. Você acredita em Deus (Espírito, poder, energia, inteligência/força superior, etc)? (1) Sim (2) Não (3) Talvez/tenho dúvida
2. Você acha que sua fé, religiosidade ou espiritualidade o ajudou/ajuda a enfrentar a doença?
 (1) Não (2) Sim, pouco (3) Sim, moderadamente (4) Sim, muito
3. Você acha importante que o médico converse sobre a espiritualidade/religiosidade/crenças ou filosofia de vida com o paciente?
 (1) Sim (2) Não

4. Você gostaria que o seu médico abordasse esse assunto com você?
(1) Sempre (2) Depende da situação (3) Nunca
5. Caso resposta anterior seja “Sim”: Em que momento acha que o médico deve abordar esse assunto?
(1) 1ª consulta (2) Diagnóstico (3) Durante a discussão sobre tratamento
6. Algum médico já abordou esse assunto com você durante um atendimento?
(1) Nunca (2) Uma única vez (3) Mais de uma vez

ANEXO III- Medida Multidimensional Breve De Religiosidade E Espiritualidade (BMMRS-P)

A) EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS DIÁRIAS
AS SEGUINTEs QUESTÕES LIDAM COM AS POSSÍVEIS EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS.
COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEM AS SEGUINTEs EXPERIÊNCIAS:

1- SINTO A PRESENÇA DE DEUS.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

2- ENCONTRO FORÇA E CONFORTO NA MINHA RELIGIÃO.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

3- SINTO PROFUNDA PAZ INTERIOR OU HARMONIA.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

4- DESEJO ESTAR PRÓXIMO OU EM UNIÃO COM DEUS.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias

5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

5- SINTO O AMOR DE DEUS POR MIM, DIRETAMENTE OU POR MEIO DOS OUTROS.

2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

6- SOU ESPIRITUALMENTE TOCADO PELA BELEZA DA CRIAÇÃO.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

B) VALORES/CRENÇAS

7- CREIO EM UM DEUS QUE CUIDA DE MIM.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo totalmente

8- SINTO UMA GRANDE RESPONSABILIDADE EM REDUZIR A DOR E O SOFRIMENTO NO MUNDO.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo totalmente

C) PERDÃO

POR CAUSA DE MINHAS CRENÇAS ESPIRITUAIS OU RELIGIOSAS:

9- TENHO PERDOADO A MIM MESMO PELAS COISAS QUE TENHO FEITO DE ERRADO.

1. Sempre ou quase sempre
2. Frequentemente
3. Raramente
4. Nunca

10- TENHO PERDOADO AQUELES QUE ME OFENDEM.

1. Sempre ou quase sempre
2. Frequentemente
3. Raramente
4. Nunca

11- SEI QUE DEUS ME PERDOA.

1. Sempre ou quase sempre
2. Frequentemente

3. Raramente
4. Nunca

D) PRÁTICAS RELIGIOSAS PARTICULARES

12- COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ REZA (ORA) INTIMAMENTE EM LUGARES QUE NÃO SEJAM IGREJA OU TEMPLO RELIGIOSO?

1. Mais de uma vez ao dia
2. Uma vez ao dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes no mês
6. Uma vez no mês
7. Menos de uma vez ao mês 8. Nunca

13- DE ACORDO COM SUA TRADIÇÃO RELIGIOSA OU ESPIRITUAL, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ MEDITA (INTIMIDADE COM DEUS)?

1. Mais de uma vez ao dia
2. Uma vez ao dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes no mês
6. Uma vez no mês
7. Menos de uma vez ao mês
8. Nunca

14- COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ ASSISTE OU OUVI PROGRAMAS RELIGIOSOS NA TV OU RÁDIO?

1. Mais de uma vez ao dia
2. Uma vez ao dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes no mês
6. Uma vez no mês
7. Menos de uma vez ao mês
8. Nunca

15- COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ LÊ A BÍBLIA OU OUTRA LITERATURA RELIGIOSA (LIVROS, JORNAIS, REVISTAS E FOLHETOS)?

1. Mais de uma vez ao dia
2. Uma vez ao dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes no mês
6. Uma vez no mês
7. Menos de uma vez ao mês
8. Nunca

16- COM QUE FREQUÊNCIA SÃO FEITAS ORAÇÕES OU AGRADECIMENTOS ANTES OU APÓS AS REFEIÇÕES EM SUA CASA?

1. Em todas as refeições

2. Uma vez ao dia
3. No mínimo uma vez por semana
4. Apenas em ocasiões especiais
5. Nunca.

**E) SUPERAÇÃO RELIGIOSA E ESPIRITUAL
PENSE A RESPEITO DO QUE VOCÊ ENTENDE E COMO LIDA COM OS
PRINCIPAIS PROBLEMAS EM SUA VIDA. COM QUE INTENSIDADE VOCÊ
SE VÊ ENVOLVIDO NESSAS MANEIRAS DE ENFRENTÁ-LOS?**

**17- PENSO QUE MINHA VIDA FAZ PARTE DE UMA FORÇA ESPIRITUAL
MAIOR.**

1. Muito 2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

18- TRABALHO EM UNIÃO COM DEUS

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

19- VEJO DEUS COMO FORÇA, SUPORTE E GUIA.

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

**20- SINTO QUE DEUS ME CASTIGA POR MEUS PECADOS OU FALTA DE
ESPIRITUALIDADE.**

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

21- EU ME PERGUNTO SE DEUS ME ABANDONOU.

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

**22- TENTO ENTENDER O PROBLEMA E RESOLVÊ-LO SEM CONFIAR EM
DEUS.**

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

**23- O QUANTO SUA RELIGIÃO ESTÁ ENVOLVIDA (INTERESSADA) NA
COMPREENSÃO E NA MANEIRA DE LIDAR COM SITUAÇÕES
ESTRESSANTES (DIFÍCEIS)?**

1. Muito envolvida

- 2. Pouco envolvida
- 3. Não muito envolvida
- 4. Nem um pouco envolvida

F) SUPORTE RELIGIOSO

ESSAS QUESTÕES SÃO DESTINADAS A VERIFICAR O QUANTO DE AJUDA AS PESSOAS DE SUA COMUNIDADE RELIGIOSA IRIAM LHE PROPORCIONAR, CASO VOCÊ PRECISASSE NO FUTURO.

24- SE VOCÊ ESTIVESSE DOENTE, QUANTAS PESSOAS DE SUA COMUNIDADE RELIGIOSA LHE AJUDARIAM?

- 1. Muitas
- 2. Algumas
- 3. Poucas
- 4. Nenhuma

25- QUANTO CONFORTO AS PESSOAS DE SUA COMUNIDADE RELIGIOSA LHE DARIAM SE VOCÊ ESTIVESSE EM UMA SITUAÇÃO DIFÍCIL?

- 1. Muito
- 2. Algum
- 3. Pouco
- 4. Nenhum

ÀS VEZES O CONTATO QUE TEMOS COM OS OUTROS NEM SEMPRE É AGRADÁVEL.

26- COM QUE FREQUÊNCIA AS PESSOAS DE SUA COMUNIDADE RELIGIOSA PROCURAM POR VOCÊ?

- 1. Frequentemente
- 2. Muitas vezes
- 3. De vez em quando
- 4. Nunca

27- COM QUE FREQUÊNCIA AS PESSOAS DE SUA COMUNIDADE RELIGIOSA CRITICAM VOCÊ E AS COISAS QUE VOCÊ FAZ?

- 1. Frequentemente
- 2. Muitas vezes
- 3. De vez em quando
- 4. Nunca

G) HISTÓRIA RELIGIOSA/ESPIRITUAL

28- Você já teve alguma experiência religiosa ou espiritual que mudou a sua vida?

Não Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu? _____

29- Você já teve alguma recompensa com a sua fé?

Não Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu? _____

30- Você já teve alguma perda significativa da sua fé?

() Não () Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu? _____

H) COMPROMETIMENTO

31- EU TENTO LEVAR FORTEMENTE MINHAS CRENÇAS RELIGIOSAS AO LONGO DE MINHA VIDA.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo totalmente

32- DURANTE O ANO PASSADO VOCÊ CONTRIBUIU FINANCEIRAMENTE PARA A COMUNIDADE RELIGIOSA OU PARA AS CAUSAS RELIGIOSAS?

Contribuição semanal:

Contribuição mensal:

Contribuição anual:

33- EM UMA SEMANA, QUANTAS HORAS VOCÊ DEDICA EM ATIVIDADES DA SUA IGREJA OU ATIVIDADES QUE VOCÊ FAZ POR RAZÕES RELIGIOSAS OU ESPIRITUAIS? _____

I) RELIGIOSIDADE ORGANIZACIONAL

34- COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ PARTICIPA DE SERVIÇOS RELIGIOSOS (RITUAIS, MISSAS, CULTOS, CELEBRAÇÕES)?

1. Mais de uma vez por semana
2. Toda a semana (semanal)
3. Uma ou duas vezes por mês
4. Todo mês (mensal)
5. Uma ou duas vezes por ano
6. Nunca

35- ALÉM DOS SERVIÇOS RELIGIOSOS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FAZ PARTE DE OUTRAS ATIVIDADES DA IGREJA E TEMPLOS RELIGIOSOS?

1. Mais de uma vez por semana
2. Toda a semana (semanal)
3. Uma ou duas vezes por mês
4. Todo mês (mensal)
5. Uma ou duas vezes por ano
6. Nunca

J) PREFERÊNCIA RELIGIOSA

36- QUAL É SUA RELIGIÃO NO MOMENTO?

Se Evangélico, qual a denominação religiosa?

K) AUTO-AVALIAÇÃO GLOBAL

37- ATÉ QUE PONTO VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA RELIGIOSA?

1. Muito religiosa
2. Moderadamente religiosa
3. Pouco religiosa
4. Nem um pouco religiosa

38- ATÉ QUE PONTO VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA ESPIRITUALIZADA?

- 1-Muito espiritualizada
- 2-Moderadamente espiritualizada
- 3-Pouco espiritualizada
- 4-Nem um pouco espiritualizada

ANEXO IV - ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE - DUREL-P (Moreira-Almeida et al, 2007)

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1.() Mais do que uma vez por semana	4.() Algumas vezes por ano
2. () Uma vez por semana	5.() Uma vez por ano ou menos
3. () Duas a três vezes por mês	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 por semana	4.() Uma vez por semana
2. () Diariamente	5.() Poucas vezes por mês
3. () Duas ou mais vezes por semana	6.() Raramente ou nunca

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

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

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

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

1.() Totalmente verdade para mim	4.() Em geral não é verdade
-----------------------------------	------------------------------

2. () Em geral é verdade	5.() Não é verdade
3. () Não estou certo	

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

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