



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

MARIA DO ROSÁRIO TOSCANO VON FLACH

**PERCEPÇÕES SOBRE ASPECTOS RELIGIOSOS E ESPIRITUAIS DE
CARDIOPATAS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR:
impacto nos ganhos funcional e em qualidade de vida**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador - BA

2021

MARIA DO ROSÁRIO TOSCANO VON FLACH

**PERCEPÇÕES SOBRE ASPECTOS RELIGIOSOS E ESPIRITUAIS DE
CARDIOPATAS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR:
impacto nos ganhos funcional e em qualidade de vida**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Eduardo Fontelles Ritt

Salvador - BA

2021

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

V945 Von Flach, Maria do Rosário Toscano

Percepções sobre aspectos religiosos e espirituais de cardiopatas em programa de reabilitação cardiovascular: impacto nos ganhos funcional e em qualidade de vida.

/Maria do Rosário Toscano Von Flach . – 2021.

84f.: 30cm.

Orientador: Prof.º Dr. Luiz Eduardo Fontelles Ritt

Mestre em Medicina e Saúde Humana

Inclui bibliografia

1. Religiosidade. 2. Espiritualidade. 3. Reabilitação cardiovascular. I. Ritt, Luiz Eduardo Fontelle. II. Percepções sobre aspectos religiosos e espirituais de cardiopatas em programa de reabilitação cardiovascular: impacto nos ganhos funcional e em qualidade de vida.

CDU: 616.12

MARIA DO ROSÁRIO TOSCANO VON FLACH

**“PERCEPÇÕES SOBRE ASPECTOS RELIGIOSOS E ESPIRITUAIS DE
CARDIOPATAS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO
CARDIOVASCULAR: impacto nos ganhos funcional e em qualidade de
vida”**

Dissertação apresentada à Escola
Bahiana de Medicina e Saúde
Pública, como requisito parcial
para a obtenção do Título de
Mestre em Medicina e Saúde
Humana.

Salvador, 11 de junho de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Ricardo Stein
Doutor em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS

Prof. Dr. Mário de Seixas Rocha
Doutor em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS

Prof.^a Dra. Ana Marice Teixeira Ladeia
Doutora em Medicina e Saúde
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMS

À minha mãe que me ensinou a olhar para o horizonte em busca de respostas e ao meu pai que tantas vezes me fez ir até lá, ver por mim mesma, e rir ...

AGRADECIMENTOS

A Deus e a todos os Seres de Luz, agradeço por ter tanto e a tantos a agradecer:

À minha família e especialmente à minha irmãzinha Luísa, pelo amor incondicional.

A Rodolfo, meu marido, pelos cálculos, pelas contas, pelos cantos nos quais não estive, para estar aqui, estudando, trabalhando e você reclamando, mas dizendo: Vá!

A Fernanda e Marina, minhas meninas: Amo vocês, “maior que o universo”. Obrigada, Nan, pelo incentivo, pela força, pelo cuidado, pelo carinho sempre!

Obrigada, Mari, pela parceria na realização de mais este projeto; sua dedicação foi decisiva, sua alegria e entusiasmo, fundamentais!

Aos amigos de todos os tempos, de todas as tribos, pelos risos, pelas pausas, pelo que nem sabiam que me ofereciam ao longo deste percurso.

A Dinda, por ser quem é; por ser quem sempre foi em tudo que fiz.

A Cynthia Sampaio, por me ajudar a manifestar quem sou, com carinho e precisão

A Lucélia Magalhães e aos amigos do GEMCA-BAHIA e DEMCA-SBC, companheiros de inquietações e buscas

Ao meu querido orientador Prof. Dr. Luiz Eduardo Fonteles Ritt, pela disponibilidade, paciência, acolhimento e generosidade em compartilhar o saber com profundidade e leveza.

Ao Hospital Córdio Pulmonar, especialmente às equipes do Centro de Cardiologia do Exercício e do Centro de Estudos em Cardiologia do Hospital Córdio Pulmonar, aos pacientes e a Fábio Gonçalves de Santana Júnior, pelo apoio na pesquisa.

À EBMSP por possibilitar a realização deste trabalho. Aos professores e funcionários da pós-graduação, colegas e amigos.

À Prof.^a Dra. Mônica Daltro, pela disponibilidade e afeto.

À Prof.^a Dra. Ana Marice Teixeira Ladeia, presença inspiradora e amorosa que me ajudou a ressignificar o horizonte acadêmico.

Eu? - bebo o horizonte...

Cecília Meireles

RESUMO

Introdução: Religiosidade e Espiritualidade têm sido associadas a maiores taxas de recuperação, maior adesão a tratamentos e melhores níveis de qualidade de vida em pacientes cardiopatas. Por sua vez, a Reabilitação Cardiovascular tem contribuído para a recuperação desses pacientes. **Racional Teórico e Objetivos:** Considerando-se o estresse psicológico a que são expostos os pacientes encaminhados para Reabilitação Cardiovascular, a importância da fé para o enfrentamento desta condição e o fato de que a Religiosidade/Espiritualidade é uma dimensão pouco considerada no âmbito da Reabilitação Cardiovascular, este estudo de coorte prospectiva teve como objetivo principal avaliar a associação entre Religiosidade/Espiritualidade, Ganho Funcional e Melhoria de Qualidade de Vida em pacientes de um programa de Reabilitação Cardiovascular. **Metodologia:** Foram realizadas Avaliações Funcionais e de Qualidade de Vida no início do programa e em média 3 meses após. A Religiosidade/Espiritualidade foi explorada através Duke Religious Index (P-DUREL), o Ganho Funcional foi medido pelo VO_2 Pico no Teste Cardiopulmonar de Exercício e a Qualidade de Vida pesquisada através do *Minnesota Leaving with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ). Foram analisadas as correlações entre Ganho Funcional (ΔVO_2 Pico) e Ganho em Qualidade de Vida (Δ MLHFQ) com cada domínio do P-DUREL: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). Foi também aplicada a escala de rastreio de sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse DASS 21, para controle destas variáveis. **Resultados:** Foram incluídos 57 pacientes: 71,7% homens, 82% brancos, $66 \pm 2,5$ anos, 49% com sobrepeso (IMC = 28 ± 4), em sua maioria portadores de Doença Arterial Coronariana (76%), ou Insuficiência Cardíaca (58%), tendo a Classe Funcional NYHA II (46%) como a mais frequente. As comorbidades mais prevalentes foram: Dislipidemia (73%), Hipertensão (57%) e Diabetes Mellitus (26%). As medicações mais utilizadas foram: Estatinas (93%), Betabloqueadores (62%), Ácido Acetil Salicílico (56%), Bloqueador de Receptor da Angiotensina (47%) e Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina (33%). 22% haviam sido submetidos a Angioplastia e 16% a Revascularização Miocárdica. No que tange aos aspectos psicoemocionais, apresentavam sintomas leves de Estresse, mas não de Ansiedade ou Depressão, segundo o rastreamento pelo DASS 21. Quanto à Religiosidade/Espiritualidade, eram predominantemente católicos e de acordo com os escores do P-DUREL, apresentavam baixo/médio índice de Religiosidade Organizacional 4,0 (IIQ 2,0-4,0), mas elevados índices de Religiosidade não Organizacional 2,0 (2,0-4,2) e de Religiosidade Intrínseca 4,0 (3,0-6,0). O Ganho Funcional global foi de $1,6 \text{ mL} \cdot \text{Kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ (IIQ -0,6-4,1) $p = 0,04$ e o Ganho em Qualidade de Vida correspondeu a -11 pontos no escore do MLHFQ (IIQ -25-19) $p < 0,001$. O Teste de Correlação de Spearman não mostrou associação dos Ganhos Funcional ou em Qualidade de Vida com nenhum dos domínios do P-DUREL. **Conclusão:** Religiosidade/Espiritualidade não se associou a Ganho Funcional, nem a Qualidade de Vida nesta amostra de pacientes cardiopatas em programa de Reabilitação Cardiovascular.

Palavras-chave: Religiosidade; Espiritualidade; Reabilitação Cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: Religiosity and Spirituality (R/S) have been associated with higher rates of recovery, greater adherence to treatments and better levels of quality of life in cardiac patients. In turn, Cardiovascular Rehabilitation (CVR) has contributed to the recovery of these patients. **Theoretical Rationale and Objectives:** Considering the psychological stress to which patients referred to CVR are exposed, the importance of faith to cope with this condition and the fact that R / S is a dimension little considered in the scope of CVR, this prospective cohort study aimed to assess the association between R / S, Functional Gain and Quality of Life Improvement in patients on a Cardiovascular Rehabilitation program. **Methodology:** Functional and Quality of Life assessments were carried out at the beginning of the program and on average 3 months later. R / S was explored through Duke Religious Index (P-DUREL), Functional Gain was measured by $VO_{2\ peak}$ in Cardiopulmonary Exercise Test and Quality of Life was researched through Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Correlations between Functional Gain ($\Delta VO_{2\ peak}$) and Gain in Quality of Life ($\Delta MLHFQ$) with each domain of P-DUREL were analyzed: Organizational Religiosity (OR), Non-Organizational Religiosity (NOR) and Intrinsic Religiosity (IR). Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS 21) was also applied to control these variables. **Results:** 57 patients were included: 71.7% men, 82% white, 66 ± 2.5 years, 49% overweight (BMI = 28 ± 4), mostly with Coronary Artery Disease (76%), or Heart Failure (58%), with NYHA II Functional Class as the most frequent (46%). The most prevalent comorbidities were: Dyslipidemia (73%), Hypertension (57%) and Diabetes Mellitus (26%). The most used medications were: Statins (93%), Beta-blockers (62%), Acetyl Salicylic Acid (56%), Angiotensin Receptor Blocker (47%) and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor (33%). 22% had undergone Angioplasty and 16% had Myocardial Revascularization. Regarding the psycho-emotional aspects, they had mild symptoms of Stress, but no symptom of Anxiety or Depression, according to DASS 21 screening. As for R / S, they were predominantly Catholic and according to the P-DUREL scores, they had low / medium index of OR 4.0 (IIQ 2.0-4.0), but high indexes NOR 2.0 (2.0-4.2) and of IR 4.0 (3.0–6.0). The Global Functional Gain was $1.6\ mL.Kg^{-1}.min^{-1}$ (IIQ -0.6–4.1) $p = 0.04$ and the Gain in Quality of Life corresponded to -11 points in the MLHFQ score (IIQ -25–19) $p < 0.001$. Spearman Correlation Test did not show any association between Functional and Quality of Life Gains with any of P – DUREL domains. **Conclusion:** R / S was not associated with Functional Gain or Quality of Life in this sample of cardiac patients in a CVR program.

Keywords: Religiosity; Spirituality; Cardiovascular rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Teórico dos Efeitos da Religiosidade na Saúde	21
Figura 2 - Modelo Causal Teórico - Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares.....	22
Figura 3 - Pontos de Corte para avaliação da severidade de sintomas rastreados pelo DASS 21.....	30

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1 - Características Clínicas e Demográficas dos participantes do estudo N = 57.....	36
Tabela 2 - Religiosidade/Espiritualidade, Capacidade Funcional, Qualidade de Vida, Depressão, Ansiedade, Estresse e Aderência nos grupos de Maior e Menor Ganhos Funcionais e em Qualidade de Vida.....	37
Tabela 3 - Características Sociodemográficas e Clínicas dos grupos de Maior e Menor Ganhos em Capacidade Funcional e de Maior e Menor Ganhos em Qualidade de Vida.....	38
Tabela 4 - Tratamentos Farmacológicos durante o Programa de Reabilitação Cardiovascular e Intervenções Prévias.....	39
Tabela 5 - Correlação de Ganhos Funcional e em Qualidade de Vida com e Medidas de Religiosidade/Espiritualidade.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
DASS 21	Depression Anxiety & Stress Scale, versão reduzida
MLHFQ	<i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>
Δ MLHFQ	Variação da pontuação do <i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>
NYHA	New York Heart Association
P-DUREL	Índice de Religiosidade de Duke validado para o Português do Brasil
VO ₂	Consumo de Oxigênio
VO _{2 Pico}	Consumo de Oxigênio no Pico do Esforço
Δ VO _{2 Pico}	Variação do Consumo de Oxigênio no Pico do Esforço
RI	Religiosidade Intrínseca
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	RACIONAL TEÓRICO	14
2.1	A Reabilitação Cardiovascular	14
2.2	Religiosidade/Espiritualidade e Saúde	17
2.2.1	Religiosidade/Espiritualidade e Saúde Cardiovascular	17
2.2.2	Religiosidade/Espiritualidade e Qualidade de Vida em Portadores de Cardiopatia	18
2.3	Religiosidade/Espiritualidade e Saúde Mental em Reabilitação Cardiovascular	19
2.4	Modelos Teóricos sobre RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE e Saúde	20
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo Geral	24
3.2	Objetivos Específicos	24
4	METODOLOGIA DO ESTUDO	25
4.1	Delineamento	25
4.2	O Programa De Reabilitação Cardiovascular	25
4.3	Religiosidade/Espiritualidade: Conceito e Avaliação	27
4.4	Avaliação de Depressão, Ansiedade e Estresse	29
4.5	População	30
4.5.1	Critérios de Inclusão	30
4.5.2	Critérios de Exclusão	31
4.5.3	Cálculo Amostral	31
4.6	Coleta de Dados	31
4.7	Análise e Interpretação dos Dados	32
4.7.1	Estatística Descritiva e Inferencial	32
5	ASPECTOS ÉTICOS	34
6	RESULTADOS	35
7	DISCUSSÃO	41
8	CONCLUSÃO	49
9	ORÇAMENTO FINANCEIRO	50
10	CRONOGRAMA	51
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	56
	ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

Horizonte (do grego antigo ὄριζων -ovros, de ὀρίζω "limitar") é definido como a linha aparente ao longo da qual, em lugares abertos e planos, observamos que o céu parece tocar a terra ou o mar.

Wikipédia

De acordo com os dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde¹, das 56,9 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2017, mais da metade (54%) deveu-se a 10 causas principais: Doença Isquêmica Cardíaca, seguida de AVC, Doenças do Trato Respiratório Inferior, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Câncer de Pulmão, Traqueia e Brônquios, Diabetes, Demências, Tuberculose e Acidentes Automobilísticos. A Doença Isquêmica Cardíaca em conjunto com os Acidentes Vasculares Cerebrais ocupa há muitos anos o primeiro lugar, sendo esta combinação responsável por aproximadamente 17,5 milhões de mortes por ano, mais de 3/4 das quais ocorreram em países de baixa e média renda.

No Brasil, desde a década de 60, o panorama é semelhante. As Doenças Cardiovasculares foram responsáveis por 29,8% de todos os óbitos entre 1990 e 2017. Dentre estas, a Doença Isquêmica do Coração foi a principal causa, seguida pelos Acidentes Vasculares Cerebrais, segundo dados do Ministério da Saúde².

Esforços têm sido feitos ao redor do mundo buscando reduzir esses números, tanto nos âmbitos da prevenção e promoção da saúde, quanto na esfera das abordagens terapêuticas clínicas ou intervencionistas logrando, sem dúvida, algum sucesso: Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia, as taxas de mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração foram reduzidas, neste país, de 120,4/100.000 habitantes (2000) para 92/100.000 habitantes (2013). No caso das Doenças Cerebrovasculares a redução foi de 137,7/100.000 habitantes (2000) para 89/100.000 habitantes, em 2013 e em relação à Insuficiência Cardíaca Congestiva, também houve redução de 47,7/100.000 habitantes (2000) para 24,3/100.000 habitantes (2013)³, o que estimula a realização de estudos que visem descortinar horizontes e prover novos recursos nesta área.

Dentre as abordagens clínicas que têm contribuído para a redução da morbimortalidade secundária a doenças que direta ou indiretamente acometem o sistema cardiovascular, encontram-se os Programas de Reabilitação Cardiovascular,

concebidos há quatro décadas aproximadamente, com a finalidade inicial de proporcionar a pacientes acometidos de Infarto do Miocárdio, retorno a suas atividades familiares, sociais e profissionais, através da realização de exercícios físicos combinados a ações educacionais e terapêuticas voltadas para a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida. Segundo as recomendações da Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular⁴ e da Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular⁵, os Programas de Reabilitação Cardiovascular devem ser conduzidos por equipes multidisciplinares que busquem imprimir nas suas práticas, uma visão integrativa do cuidado.

De acordo com a Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2019, p 50)⁶

“Há um conjunto de evidências que demonstram forte relação entre espiritualidade, religião, religiosidade e os processos de saúde, adoecimento e cura, compondo junto dos aspectos físicos, psicológicos e sociais a visão integral do ser humano (...) Espiritualidade e religiosidade são recursos valiosos utilizados pelos pacientes no enfrentamento das doenças e do sofrimento. O processo de entender qual a relevância, identificar demandas e prover adequado suporte espiritual e religioso, beneficia tanto pacientes como a equipe multidisciplinar e o próprio sistema de saúde. Cerca de 80% da população mundial possui alguma afiliação religiosa e a fé tem sido identificada como poderosa força mobilizadora nas vidas de indivíduos e comunidades.”

O mesmo documento⁶ traz referências ao número crescente de evidências que demonstram associação entre Religiosidade e Espiritualidade e redução da mortalidade por todas as causas e especialmente, por Doenças Cardiovasculares e enfatiza a importância da inclusão da dimensão espiritual no tratamento e prevenção primária e secundária inclusive, especificamente, no âmbito da Reabilitação Cardiovascular. Entretanto, a atuação das equipes, na maioria dos serviços, não possui tal abrangência, focando primordialmente, a comprovada eficácia do exercício físico no tratamento, prevenção e melhoria da qualidade de vida dos pacientes cardiopatas.

Este estudo visa explorar o possível impacto do envolvimento Religioso/Espiritual sobre o sucesso obtido em programas de Reabilitação Cardiovascular que se reflete sobretudo, em Ganhos Funcional e em Qualidade de Vida.

2 RACIONAL TEÓRICO

Horizonte: ho.ri.zon.te, nome masculino; linha que parece unir o céu à terra ou ao mar e que limita o campo visual do observador; toda a parte do céu, mar ou terra, próxima dessa linha, visualmente abrangida por um observador; espaço ao ar livre que a vista alcança a partir de um determinado ponto
Infopedia

2.1 A Reabilitação Cardiovascular

A Organização Mundial da Saúde define a Reabilitação Cardiovascular como "o conjunto de atividades necessárias para assegurar às pessoas com doenças cardiovasculares condição física, mental e social ótima, que lhes permita ocupar pelos seus próprios meios um lugar tão normal quanto seja possível na sociedade"⁷. A Reabilitação Cardiovascular costuma resultar em benefícios comumente obtidos na prática de exercícios físicos, diretamente relacionadas ao sistema cardiovascular (como redução da frequência cardíaca e da pressão arterial, melhora da função ventricular e redução da disfunção endotelial), assim como outros tantos de ordem geral, a exemplo de melhor capacidade oxidativa dos músculos esqueléticos, redução da resistência à insulina, melhor resposta neuro humoral, e melhor resposta de quimio e barorreceptores envolvidos no processo de respiração, resultando em ganho de capacidade funcional e redução de fatores de risco cardiovasculares. Além destes, são descritos também benefícios relativos a melhora de padrão nutricional e de fatores de ordem psicoemocional, notadamente, controle de Estresse, Ansiedade e Depressão.^{4,5,7}

Habitualmente, a Reabilitação Cardiovascular se dá em fases temporais sequenciais, a saber:

- Fase 1: Intra-hospitalar. Tem início tão logo o paciente seja considerado clinicamente apto, após eventos coronarianos, e/ou descompensações cardíacas, ou ainda, após tratamentos intervencionistas, incluindo transplantes cardíacos. Os principais objetivos na fase 1 são: prevenção de perda de capacidade física, de complicações respiratórias, de fenômenos tromboembólicos e depressão, redução de estresse e ansiedade, de maneira a favorecer a alta em menor espaço de tempo e em melhores

condições para que o paciente seja encaminhado ao acompanhamento ambulatorial

- Fase 2: É ambulatorial. Começa imediatamente após a alta hospitalar e consta em média de 3 sessões semanais ao longo de 3 meses. Deve ser realizada em ambiente semelhante a academias de ginástica, contando com equipes multidisciplinares, compostas por cardiologistas, ou médicos habilitados em medicina do esporte, enfermeiros, fisioterapeutas ou profissionais de educação física, e idealmente, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. O serviço deve também possuir equipamentos necessários à monitorização dos pacientes e ao atendimento de urgência, em eventuais complicações. Os objetivos nesta fase são: ganho de capacidade funcional, redução de fatores de risco e suporte psicoemocional sobretudo visando recuperação da autoconfiança, modificações de estilo de vida, redução ou prevenção de estresse, ansiedade e depressão,
- Fase 3: Também ambulatorial, realizada nas mesmas condições que as recomendadas para a fase 2, inclusive quanto à periodicidade, com duração de 3 a 6 meses. Os pacientes ingressam nesta fase ao atingirem estabilização do quadro e estarem aptos a evoluírem na realização dos exercícios que passam a ter maior intensidade. O controle da progressão na intensidade dos exercícios é realizado através da autoavaliação dos pacientes em conjunto com a equipe que monitora os dados vitais. Os objetivos nesta fase são aumento do ganho funcional obtido na fase 2 e suporte psicoemocional para que o paciente adquira progressiva autonomia, visando atingir a fase 4.
- Fase 4: Fase domiciliar, com duração indefinida e periodicidade customizada de acordo com o estado clínico e evolução do paciente. Nesta fase, a monitorização pode ser feita à distância, através de equipamentos específicos, além da autoavaliação do paciente, com acompanhamento periódico realizado pela equipe de saúde.⁵

Embora possuam Classe de Recomendação I (acordo geral de que o procedimento é seguro e útil/eficaz) e Nível de Evidência A (recomendação feita a partir de dados obtidos por múltiplos estudos randomizados de bom porte,

concordantes e/ou de meta-análise robusta de estudos clínicos randomizados) e o seu custo benefício seja amplamente documentado, os programas de Reabilitação Cardiovascular são mundialmente subutilizados⁵. No Brasil, o percentual de pacientes elegíveis que participam efetivamente desses programas é estimado em menos de 15%, não havendo, inclusive, na maior parte das capitais um único serviço⁵, o que torna clara a necessidade de implementação de políticas de saúde pública, que visem favorecer a participação e a adesão dos pacientes. Entretanto, é necessário ter-se em mente que o sucesso dos programas de Reabilitação Cardiovascular depende por um lado da estrutura física, (incluindo-se aqui, os equipamentos), acessibilidade, composição e expertise da equipe e por outro lado, da motivação do paciente para a realização não apenas dos exercícios físicos propostos durante as sessões, mas de mudanças no estilo de vida. O manejo de estratégias intervencionais voltadas para mudanças no estilo de vida, contudo, é bastante complexo e constitui grande desafio para os profissionais de saúde⁶

Modificações no estilo de vida, incluem necessariamente aspectos comportamentais e psicossociais, dentre os quais a Religiosidade/Espiritualidade. Uma Revisão Sistemática de 2013⁸ identificou 27 estudos que examinaram as relações entre Religiosidade/Espiritualidade e adesão a tratamentos médicos; 15 (56%) dos quais relataram associações positivas, entretanto, pouco se tem estudado acerca da importância desta dimensão no contexto da Reabilitação Cardiovascular, como foi demonstrado em outra revisão, publicada em 2013⁹, que incluiu inicialmente 94 estudos observacionais e intervencionais sobre Espiritualidade em pacientes de Reabilitação Cardiovascular; após observação de títulos e resumos, oitenta e oito desses estudos foram subtraídos. Dentre os seis restantes, cinco eram estudos quantitativos e um qualitativo, envolvendo um total de 1.636 pacientes. Os autores revisaram detalhadamente estes seis estudos e concluíram que nenhum poderia ser considerado de excelência em termos de qualidade, portanto a partir deles, não poderiam ser feitas recomendações em relação à inclusão de intervenções relacionadas à espiritualidade em Programas de Reabilitação Cardiovascular.

2.2 Religiosidade/Espiritualidade e Saúde

O tema “Espiritualidade e Saúde” tem despertado grande interesse entre os pesquisadores, o que pode ser constatado por exemplo, observando-se o número de artigos indexados nas principais bases de dados internacionais na área de saúde. Em uma pesquisa realizada em 11/11/2017 com os termos “spirituality” e “health” foram identificados no PubMed 6037 artigos¹⁰ e no PsycINFO¹¹, 97. Deste total, mais da metade foi publicada nesta última década, respectivamente, 3887 e 66 artigos. Em nova busca realizada em 03/09/2020, o número de publicações no PubMed havia aumentado para 13.723¹².

No Brasil, a produção científica sobre espiritualidade e saúde cresceu entre os anos de 2004 e 2014, 280%, especialmente nas áreas de psiquiatria e saúde coletiva, entretanto, embora esforços desta natureza sejam implementados, o que tem sido evidenciado é uma grande dicotomia entre os anseios dos pacientes em ter suas necessidades espirituais incluídas na abordagem médica, que pouco considera esta dimensão do cuidado, como ficou demonstrado em um trabalho de cunho transversal e quantitativo, com pacientes da clínica médica e cirúrgica do Hospital das Clínicas de Marília, São Paulo, no período de novembro de 2010 a abril de 2011, no qual 101 sujeitos foram questionados quanto ao perfil religioso, conceito de espiritualidade e percepção sobre a abordagem do tema por médicos e demais profissionais de saúde, obtendo-se os seguintes resultados: 84,2% acreditavam que “cuidar da saúde é também ser atendido em suas necessidades espirituais/religiosas”, 81,1% consideravam que “o profissional de saúde deveria reconhecer as crenças religiosas/espirituais como parte do plano terapêutico”, 81,3% acreditavam que “suas crenças religiosas ajudavam a compreender e lidar com o processo de saúde-doença” mas 86% “nunca haviam sido questionados sobre suas crenças em atendimentos médicos”¹³

2.2.1 Religiosidade/Espiritualidade e Saúde Cardiovascular

A Religiosidade/Espiritualidade tem sido identificada como fator relevante, também para pacientes cardiopatas. Em Revisão Sistemática de 2012¹⁴, Koenig identificou 19 estudos que examinaram a associação entre Religiosidade/Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares; dentre os 13 de melhor qualidade, 69%

reportaram relação inversa significativa. Um estudo demonstrou relação positiva. Foram também identificados 16 estudos que correlacionavam Religiosidade/Espiritualidade com reatividade cardiovascular, variabilidade da frequência cardíaca, desfechos de cirurgias cardíacas e função cardíaca. Dentre esses, 69% concluíram que a Religiosidade/Espiritualidade esteve associada significativamente a indicadores de melhor função e a melhores desfechos em cirurgias cardíacas ou a menores níveis de marcadores inflamatórios como Proteína C reativa e fibrinogênio, que possuem papel importante, na fisiopatologia da Doença Arterial Coronariana.

2.2.2 Religiosidade/Espiritualidade e Qualidade de Vida em Portadores de Cardiopatia

No que se refere à associação entre Religiosidade/Espiritualidade e Qualidade de Vida em portadores de cardiopatias, uma Revisão Sistemática¹⁵ examinou estudos quantitativos realizados entre 2002 e 2017 e identificou dezesseis dimensões da Religiosidade/Espiritualidade acessadas através de uma variedade de instrumentos. Foram estudados: Qualidade de Vida Global, Qualidade de Vida relacionada à saúde e Qualidade de Vida relacionada a doença específica. Dentre os 15 estudos incluídos, 10 reportaram associação positiva entre Religiosidade/Espiritualidade e Qualidade de Vida, com correlações variadas a depender das dimensões da Religiosidade/Espiritualidade estudadas e dos domínios da Qualidade de Vida acessados. Aproximadamente metade dos estudos relataram associações negativas ou nulas.

Na Revisão Sistemática anteriormente citada¹⁴, Koenig descreve também a importância da Religiosidade/Espiritualidade para o desenvolvimento e/ou manutenção de hábitos de vida saudáveis, dentre os quais, de maior interesse para a Reabilitação Cardiovascular estão: relação inversa da Religiosidade/Espiritualidade com tabagismo, relação positiva da Religiosidade/Espiritualidade com alimentação saudável e especialmente, relação positiva da Religiosidade/Espiritualidade com a prática de exercícios físicos: dentre os 37 estudos que examinaram esta relação, 25 (68%) reportaram que maiores níveis de Religiosidade/Espiritualidade foram associados a maiores níveis de atividade física e/ou prática de exercícios físicos sistemáticos.

2.3 Religiosidade/Espiritualidade e Saúde Mental em Reabilitação Cardiovascular

Pacientes acompanhados em Programas de Reabilitação Cardiovascular, em sua maioria, terão vivenciado situações estressoras, eventualmente face à eminência da morte ou de sérios comprometimentos à saúde que podem se estender aos diversos contextos em que se encontram inseridos, como: família, sociedade, trabalho dentre outros. Uma revisão sistemática de 2017¹⁶ identificou Transtornos Depressivos, Transtornos de Ansiedade e de Estresse pós-traumático como principais sequelas psicológicas em pacientes vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio, em “via de mão dupla”, tanto como fatores de risco para o primeiro evento, como para novos internamentos por causas cardíacas.

Ao lado de transtornos psicoafetivos eventualmente deflagrados em situações de grande vulnerabilidade, são frequentes a emergência de reflexões relacionadas ao sentido da vida, de buscas por um propósito e a necessidade de fortalecimento através do contato com o sagrado e com o sentido maior da fé. Tais experiências traumáticas podem, portanto, oportunizar mudanças significativas associadas à ressignificação dos cuidados com a saúde, como descrito em estudo qualitativo com 51 pacientes do Quebec, Canadá após um primeiro Infarto do Miocárdio¹⁷: A análise de conteúdo das entrevistas sugeriu que o coração era percebido como uma espécie de receptáculo que guardava provações, emoções negativas e traumas familiares acumulados ao longo da vida, resultando em tensão cardíaca percebida, que foi considerada causa direta do infarto. Religiosidade e Espiritualidade estiveram no centro das narrativas e foram identificadas como recursos fundamentais para recuperação. Na conclusão, os autores pontuam que nos serviços de Reabilitação Cardiovascular “Explorar as camadas de significado dos pacientes, incluindo a dimensão espiritual relativa à sua experiência de doença, pode fornecer pistas importantes para melhorar a adaptação à doença, o bem-estar e identificar preocupações pessoais e sociais que merecem atenção” (Groleau, 2010, p 29)¹⁷

Em relação ao perfil psicoemocional dos pacientes de Reabilitação Cardiovascular, uma Revisão Sistemática de 2005¹⁸ conclui que à semelhança do que ocorre com os demais pacientes portadores de cardiopatias, a Ansiedade e Depressão têm em geral alta prevalência, mas que a própria reabilitação parece eficaz no controle desses transtornos, bem como de comportamentos resultantes de

traços de personalidade associados a doenças cardiovasculares, entretanto, o estudo também sugere que maiores índices de Ansiedade e Depressão, assim como a falta de apoio social, podem impedir a participação de pacientes cardiopatas em programas de reabilitação cardiovascular ou prever baixa aderência.

Em sua Revisão Sistemática de 2012¹⁴, Koenig identificou 444 estudos sobre Religiosidade/Espiritualidade e Depressão, datados desde os anos 60. Considerando os 178 de melhor qualidade metodológica, 119 (67%) reportaram relação inversa. 70 desses eram Estudos de Coorte Prospectiva, 39 (56%) dos quais, identificaram Religiosidade/Espiritualidade como fator preditor de níveis mais baixos de Depressão ou de recuperação mais rápida, contradizendo a hipótese de alguns profissionais da área, de que a culpa pelo pecado, estimulada por alguns dogmas religiosos, poderia contribuir para o desenvolvimento do Transtorno Depressivo. No que diz respeito à Ansiedade, o autor identificou 299 estudos que examinaram a relação do transtorno com Religiosidade/Espiritualidade; dentre os 67 de melhor qualidade, 38 (55%) relataram relações inversas e sete (10%) encontraram relacionamentos positivos. Do total de 299, 19 eram estudos de coorte prospectiva 9 (47%) dos quais relataram que Religiosidade/Espiritualidade previu um menor nível de ansiedade ao longo do tempo. Foram ainda detectados 32 ensaios clínicos randomizados, 22 (69%) dos quais relataram que uma intervenção focada em Religiosidade/Espiritualidade reduziu a Ansiedade mais do que um padrão intervenção ou condição de controle. O autor pontua que a Ansiedade é uma das condições que sobretudo associada ao medo, costuma conduzir as pessoas à Religiosidade/Espiritualidade. Por outro lado, Religiosidade/Espiritualidade pode causar ou aumentar a Ansiedade, quando propagam ideias de castigos, ou influências demoníacas. Koenig cita, nesse artigo, um antigo ditado popular que enfatiza o papel dual de segurança e ameaça que pode se apresentar na relação com a Religiosidade/Espiritualidade: “A religião conforta os aflitos e aflige os confortados” (Koenig, 2012, p 5)¹⁴.

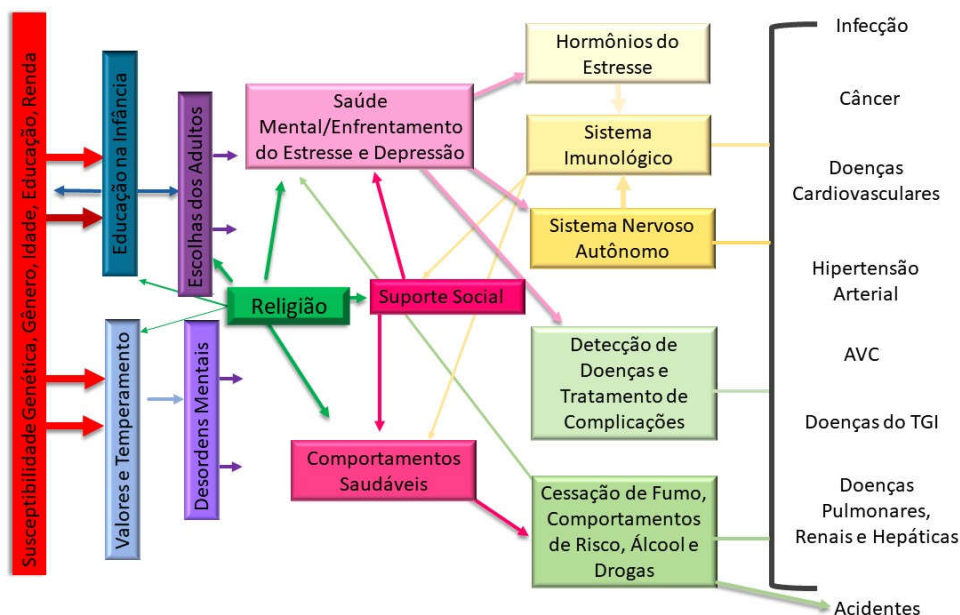
2.4 Modelos Teóricos sobre RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE e Saúde

Koenig é um dos cientistas de maior relevância na atualidade, no que se refere a Religiosidade/Espiritualidade e Saúde. Em linhas gerais, ele identifica três mecanismos básicos através dos quais essa interação se processa:

- Religiosidade/Espiritualidade oferece recursos para a lidar com o Estresse e consequentemente reduz o risco do desenvolvimento de Ansiedade, Depressão, Suicídio e Drogadição,
- Religiões em geral possuem conjunto de normas e regras que orientam hábitos de vida saudáveis
- A maioria das religiões enfatiza o amor e a compaixão e estimula o desenvolvimento de virtudes humanas que facilitam o convívio social e estabelecimento de vínculos mais funcionais e harmônicos, favorecendo suporte social que por si só reduz o estresse e facilita apoio diante das mais variadas necessidades

Tais mecanismos psicossociais, segundo o autor, atuam sobre a rede Psiconeuroimunoendócrina e através dela impactam o funcionamento dos diversos sistemas mediante mecanismos homeostáticos e alostáticos., conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Modelo Teórico dos Efeitos da Religiosidade na Saúde

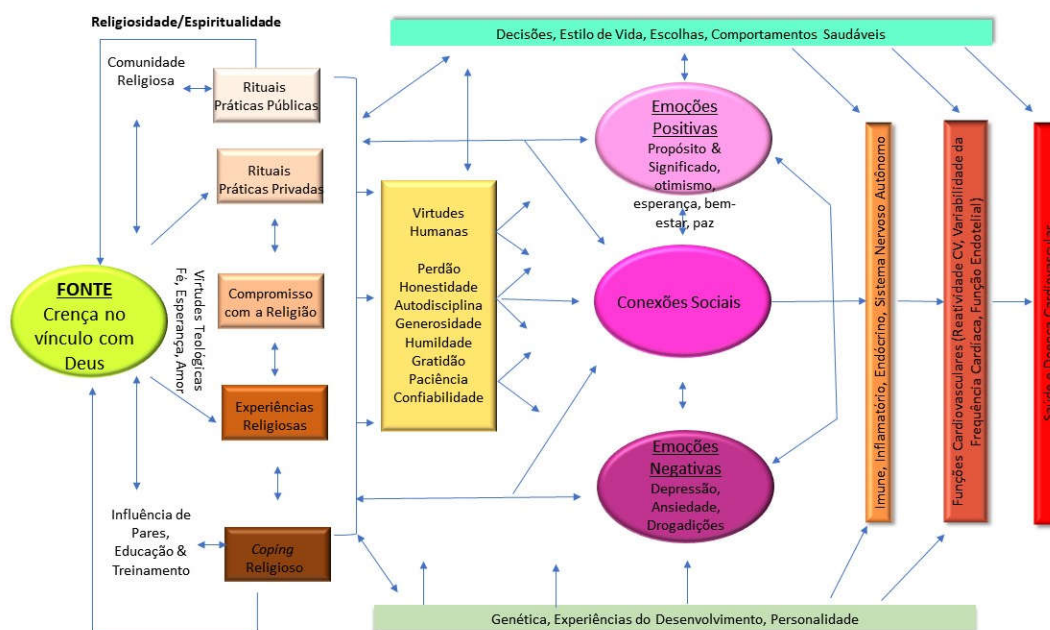


Fonte: Adaptado de Koenig HG (ED) Handbook of Religion and Health, Oxford Press 2013¹⁹

Os modelos teóricos de Koenig têm norteado estudos nas mais diversas áreas da saúde. Em relação à cardiologia, em parceria com Luchese⁸, o seguinte

modelo causal apresentado na Figura 2, considera as principais religiões monoteístas ocidentais e seus efeitos sobre a saúde cardiovascular, enfatizando o desenvolvimento de “Virtudes Teológicas”, “Virtudes Humanas”, suas relações com as emoções e os vínculos e as dinâmicas entre estes aspectos e fatores de risco modificáveis e não modificáveis, para a saúde cardiovascular.

Figura 2 - Modelo Causal Teórico - Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares.



Fonte: adaptado de Lucchese FA, Koenig HG. Religion, Spirituality and Cardiovascular Disease: Research, Clinical Implications, and Opportunities in Brazil⁸

Para descrever o modelo, os autores começam por analisar trechos de livros sagrados do judaísmo, do islamismo e do cristianismo, nos quais fica claro que o apego e o relacionamento com Deus estão no cerne dessas tradições. A relação com Deus se manifesta como “virtudes teológicas”, (como a fé e a esperança em Deus), que são ensinadas, compartilhadas e fortalecidas nas comunidades religiosas, e são também influenciadas pela educação e pelos meios culturais e sociais. Esta relação, permeada pelas variáveis socioculturais se manifesta através de práticas religiosas públicas (participação em serviços e outras atividades religiosas), através de atividades privadas como orações, leituras, meditações, etc., ou ainda sob a forma de crenças religiosas intrínsecas ou compromissos,

experiências religiosas e enfrentamento dos desafios da vida com apoio da religiosidade (*Coping Religioso*). Com base em crenças, práticas e ensinamentos, a Religiosidade/Espiritualidade influencia decisões do dia-a-dia e conseqüentemente, o estilo de vida e comportamentos de saúde, que por sua vez interferem na saúde mental e social. Além disso, a Religiosidade/Espiritualidade interfere no desenvolvimento das chamadas "virtudes humanas" como perdão, honestidade, coragem, autodisciplina, humildade, gratidão, paciência e confiabilidade, que por sua vez favorecem relações sociais, e estimulam a vivência de emoções consideradas "positivas", como bem-estar, otimismo, esperança, etc., reduzindo aquelas consideradas "negativas", como hostilidade, baixa autoestima, etc. As dinâmicas das experiências religiosas interagem com aspectos genéticos e psicológicos "em via de mão dupla" e todo este conjunto de fatores acaba por afetar o eixo psicoimunoneuroendócrino, que atua sobre as funções cardiovasculares. O modelo deixa claro que a atuação da Religiosidade/Espiritualidade no sistema cardiovascular será sempre indireta, operando através de fatores comportamentais, psicológicos e sociais.

A relação entre Religiosidade/Espiritualidade e a saúde cardiovascular é, portanto, extremamente complexa e envolve mecanismos sobre os quais não se tem, em princípio controle, (como a herança genética, por exemplo), tanto quanto outros como escolhas relativas ao estilo de vida e aos relacionamentos interpessoais que dependem do exercício da vontade. Pacientes em programas de Reabilitação Cardiovascular necessitam, conforme exposto anteriormente, ultrapassar barreiras diversas, para realizar ajustes que permitam o retorno às suas atividades habituais, com a melhor qualidade de vida possível e com redução máxima dos fatores de risco cardiovasculares. Esses ajustes dependem essencialmente da capacidade de adaptação individual e sobre esta, conforme demonstram os estudos anteriormente apresentados, atuam a Religiosidade/Espiritualidade, o que leva a crer que intervenções envolvendo a dimensão espiritual poderiam favorecer a promoção de mudanças sobretudo relativas ao estilo de vida e à aderência aos programas. Entretanto, as evidências acerca de intervenções espirituais em Reabilitação Cardiovascular são muito limitadas⁹ e carecem do suporte de estudos observacionais que as subsidiem. O presente estudo visa contribuir para esta compreensão.

3 OBJETIVOS

O sonho é ver as formas invisíveis
Da distância imprecisa, e, com sensíveis
Movimentos da esp'rança e da vontade,
Buscar na linha fria do horizonte
A árvore, a praia, a flor, a ave, a fonte
Os beijos merecidos da Verdade.

Fernando Pessoa

3.1 Objetivo Geral

Verificar se existe associação entre Religiosidade/Espiritualidade e Ganho Funcional de pacientes acompanhados em um Programa de Reabilitação Cardiovascular

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o grau de envolvimento religioso/espiritual de pacientes acompanhados em um Programa de Reabilitação Cardiovascular, nas dimensões da Religiosidade Organizacional, Não Organizacional e Intrínseca.
- Testar a hipótese de que o envolvimento religioso/espiritual interfere na melhoria da qualidade de vida de pacientes em programas de reabilitação cardiovascular.
- Testar a hipótese de que o envolvimento religioso/espiritual se relaciona à aderência a programas de Reabilitação Cardiovascular.

4 METODOLOGIA DO ESTUDO

Sem um horizonte que nos encante
e torne esperançosa a luta, não
passaremos de tarefeiros, carentes
de perspectivas e de resultados.

Mahatma Gandhi

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo observacional analítico longitudinal, do tipo coorte prospectivo.

4.2 O Programa de Reabilitação Cardiovascular

O estudo foi desenvolvido em um serviço de Reabilitação Cardiovascular, Pulmonar e Metabólica privado da cidade do Salvador, que realiza uma média de 50 atendimentos por dia e recebe aproximadamente 10 a 15 novos pacientes por mês e visa o atendimento global dos seus pacientes, contando com equipe multidisciplinar composta por cardiologistas, pneumologista, fisioterapeutas e nutricionista. A reabilitação cardiovascular tem um conceito amplo de abordagem, sendo o exercício físico um dos seus principais componentes. Neste estudo focamos no componente do exercício físico para o ganho funcional.

4.2.1 Métodos de Avaliação

De acordo com o protocolo clínico do programa local, todos os pacientes são avaliados no início do programa, por um médico especializado em Cardiologia do Exercício e um Fisioterapeuta, sendo realizados, além das consultas clínicas convencionais, Teste Cardiopulmonar de Exercício (TCPE) e aplicação de questionário específico para portadores de Insuficiência Cardíaca, relativo à Qualidade de Vida: o *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* MLHFQ (ANEXO A).

O Teste Cardiopulmonar de Exercício, considerado padrão ouro para avaliação funcional, consiste em submeter o indivíduo a exercício de intensidade

gradativamente maior, em geral em esteira ergométrica, até que advenha a exaustão ou surjam sintomas e/ou sinais limitantes. Durante o esforço são mensurados o Consumo de Oxigênio (VO_2), a Ventilação (VE), a produção de gás carbônico (VCO_2) e as demais variáveis de um teste de esforço convencional, como dados hemodinâmicos e traçado eletrocardiográfico. Adicionalmente, podem ser obtidas a oximetria de pulso e as alças fluxo-volume antes, durante e após o esforço. A análise integrada dos dados permite ampla avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, muscular e metabólico durante esforço.

Para este estudo, a variável de interesse obtida a partir do Teste Cardiopulmonar de Exercício foi o VO_2 (expresso $mL.Kg^{-1}.min^{-1}$), que constitui o volume de oxigênio extraído do ar inspirado na ventilação pulmonar em um dado intervalo de tempo, sendo o VO_2 máximo (VO_2 máx) o maior valor de VO_2 atingido, a despeito do incremento progressivo da carga aplicada, com o desenvolvimento de platô na curva do VO_2 em teste de exercício incremental. Não sendo identificado platô, assume-se que o maior valor obtido no final de um exercício exaustivo constitui o VO_2 pico que, na prática, é utilizado como o máximo VO_2 medido. Os valores médios são obtidos a intervalos de 10 a 60 segundos, dependendo do protocolo (médias de curtos intervalos para protocolos com curtos estágios e médias de intervalos maiores para protocolos com longos estágios). O resultado é influenciado por mecanismos centrais (cardiovascular e/ou pulmonar) e periféricos (músculo esquelético). Os valores de normalidade variam segundo a idade, sexo, peso, altura, nível de atividade física, variabilidade genética e raça. O VO_2 pico é considerado anormal quando abaixo de 85% do percentual do predito.²⁰

O *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* - MLHFQ é um questionário validado no Brasil em 2009, composto por 21 questões relacionadas a limitações impostas pela Insuficiência Cardíaca à Qualidade de Vida. Para respondê-lo, o paciente deve considerar as experiências vividas no último mês. A escala de respostas para cada questão varia de 0 (não ou sem limitações) a 5 (demais ou com limitação máxima). As questões de 1 a 7, 12 e 13 se referem à dimensão física, uma vez que averiguam, sobretudo, dispneia e fadiga. As questões de 17 a 21 se relacionam a aspectos emocionais que, somadas às anteriores, formam o escore total. E as de números 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16 por não possuírem um padrão usual de respostas, não são agrupadas como uma dimensão própria no

questionário. O somatório dos resultados fornece o escore, que varia de 0 a 105. Quanto mais baixa a pontuação, melhor a Qualidade de Vida.²¹

4.2.2 Programa de Exercícios

Ao longo do acompanhamento, os pacientes realizam exercícios físicos supervisionados, em sessões de uma hora de duração, três vezes por semana ou mais, compostas de fase de aquecimento, fase de exercício aeróbico, fase de exercícios resistidos e fase de desaquecimento. O exercício aeróbico foi realizado com base nos limiares ventilatórios detectados no TCPE sendo aplicado de forma contínua em carga entre os limiares 1 e 2 por período de 30 minutos. Os exercícios resistidos envolveram os principais grupos musculares em carga de 40 a 50% da carga voluntária máxima. Todo o programa é desenvolvido em unidade exclusiva para esta finalidade, devidamente equipada, no prédio do Centro Médico do Hospital Cardiopulmonar, localizado na Rua Ponciano Oliveira, 157 - Ed. Garibaldi Empresarial - Rio Vermelho - Salvador – BA.

4.2.3 Sequência do Estudo

Após um mínimo de 12 semanas de acompanhamento, os pacientes são submetidos a reavaliação global composta de nova avaliação médica, novo Teste Cardiopulmonar, e nova avaliação funcional pelo fisioterapeuta, com aplicação do MLHFQ. A avaliação do Ganho Funcional é medida neste programa através da variação no Consumo de Oxigênio no pico do Esforço ($\Delta V O_2 \text{ Pico}$) e o Ganho em Qualidade de Vida aferido através de redução na pontuação do (ΔMLHFQ).

4.3 Religiosidade/Espiritualidade: Conceito e Avaliação

Espiritualidade, Religião, Religiosidade e Fé podem ser tomadas como construtos: conceitos teóricos não observáveis diretamente e que embora sejam usados na linguagem comum, para se tornarem científicos precisam ter definições claras e embasamentos empíricos.

O conceito de espiritualidade no contexto da saúde tem sido objeto de discussões entre os estudiosos e encontra-se até o momento, em construção, sendo recomendável que ao ser abordado assunto, fique claro o adotado.

Neste trabalho, adota-se o conceito de espiritualidade conforme proposto pelo consenso formulado em conferência internacional realizada em Genebra, em 2013²²

“Um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual as pessoas buscam significados fundamentais, propósito e transcendência e experimentam relacionar-se consigo mesmas, com a família, com os outros, com a comunidade, a sociedade, a natureza e o essencial ou sagrado. A espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas”. (Puchalski, 2014, p 15)²²

Sendo a espiritualidade experiência de caráter individual e inteiramente subjetiva, na grande maioria das pesquisas sua apreciação tem sido realizada a partir de contextos religiosos, tomando-se então, religiosidade e espiritualidade como sinônimos¹⁷. Práticas religiosas, trazem em sua essência a espiritualidade e são passíveis de mensuração, em suas dimensões mais objetivas, como por exemplo, a frequência com que se busca um culto ou o número de vezes em que se realiza práticas privadas como preces, leituras de livros sagrados ou meditações.

Para avaliação da Religiosidade/Espiritualidade, foi aplicada, a versão brasileira do Índice de Religiosidade de Duke P-DUREL (ANEXO I). Este questionário, desenvolvido por Koenig et al e validado no Brasil, em 2012, por Taunay,TC e colaboradores²³, aborda o nível de religiosidade/espiritualidade nos aspectos “Organizacional”, “Não Organizacional” e “Intrínseco”, sendo composto por cinco questões de múltipla escolha, em escala do tipo *Likert*.

A Religiosidade Organizacional (RO, item 1) é medida através da frequência a encontros religiosos, como missas, cultos, cerimônias e rituais diversos e participação grupos de estudos ou de oração. A Religiosidade Não Organizacional (RNO, item 2) é avaliada através da frequência de atividades religiosas privadas, como orações, meditações, leitura de textos religiosos, audição de músicas ou ensinamentos relacionados à Religiosidade/Espiritualidade, ou ainda acompanhamento de programas religiosos através dos meios de comunicação. A Religiosidade Intrínseca (RI, itens 3-5): refere-se à busca de contato íntimo com Deus e a vivência da religiosidade como fator norteador do indivíduo.

Em relação ao cálculo do escore do instrumento, é recomendado que os três domínios individuais sejam analisados separadamente e não somados²⁴. As

pontuações dos domínios RO e RNO variam de 1 a 6 e a do domínio RI, de 3 a 15. Na versão brasileira, escores mais baixos indicam maior religiosidade em cada domínio.

O DUREL é um instrumento simples, de fácil aplicação, que fornece medida breve de Religiosidade/Espiritualidade. A escala foi validada para mais de 10 idiomas e tem sido amplamente utilizada. O estudo de validação da versão brasileira (P-DUREL), mostrou que o instrumento apresentou Consistência Interna e Confiabilidade Teste-Reteste adequadas para amostra na qual foi testada.^{23,24}

4.4 Avaliação de Depressão, Ansiedade e Estresse

Para fins de controle de variáveis psicoemocionais como Depressão, Ansiedade e Estresse, foi aplicado O “DASS 21”, uma Escala de Depressão Ansiedade e Estresse traduzida e validada para o português do Brasil, em 2014²⁵. Trata-se de um questionário auto aplicativo cujo tempo previsto para preenchimento é de aproximadamente 5 minutos e se destina rastrear sintomas das três condições (Depressão, Ansiedade e Estresse), sem que tenha o objetivo de realizar diagnóstico.

Pede-se aos participantes que usem uma escala de gravidade / frequência de 4 pontos para avaliar o grau em que experimentaram cada estado na última semana. O questionário é composto de 7 itens por escala: A escala de depressão acessa disforia, desesperança, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse/envolvimento, anedonia e inércia (itens 3,5,10,13,16,17,21). A escala de ansiedade avalia a excitação autonômica, os efeitos no sistema músculo esquelético, a ansiedade situacional e a experiência subjetiva de afeto ansioso. (Itens 2,4,7,9,15,19,20). A escala de estresse é sensível a níveis de excitação crônica inespecífica. Avalia a dificuldade de relaxar, a excitação nervosa, irritabilidade, agitação hiper-reatividade e impaciência (Itens 1,6,8,11,12,14,18).

A Figura 3 mostra os pontos de corte relativos à severidade de sintomas para Depressão, Ansiedade e Estresse do DASS 21.

Figura 3 - Pontos de Corte para avaliação da severidade de sintomas rastreados pelo DASS 21.

DASS 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil, Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.			
	Ansiedade	Estresse	Depressão
Normal	0-4	0-3	0-7
Leve	5-6	4- 5	8-9
Moderada	7-10	6-7	10-12
Severa	11-13	8-9	13-16
Extremamente Severa	14+	10+	17+

Fonte: Adaptada de Vignola, R C B, Tucci, A M, Adaptação e Validação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS) para o Português do Brasil. *Journal of Affective Disorders* 155 (2014) 104–109²⁵

4.5 População

A amostra deste estudo foi composta por pacientes matriculados e ativos no Programa de Reabilitação do Hospital Córdio Pulmonar da Bahia, que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.5.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de doença cardiovascular caracterizados por histórico de: Infarto Agudo do Miocárdio prévio, Angina Instável ou Estável, Angioplastia Coronariana, Valvulopatias, Insuficiência Cardíaca, Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca ou Vascular, Implante de Dispositivos como Marcapassos, Ressincronizadores e Desfibriladores, referenciados para o serviço de Reabilitação Cardiovascular, por seus médicos assistentes, que tenham passado por avaliações com cardiologista e fisioterapeuta no início e após 12 semanas de engajamento no programa com realização de Teste Cardiopulmonar de Exercício em ambas as avaliações.

4.5.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos pacientes que embora preenchessem os critérios de inclusão, possuísem limitações ortopédicas, cognitivas, não tivessem respondido a um dos questionários, tivessem cursado com evento agudo novo, internação ou procedimento de intervenção cardiovascular no curso do estudo.

4.5.3 Cálculo Amostral

Usando o cálculo para Tamanho da Amostra, com base no cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson, para se atingir uma correlação estimada de 0,35 com alfa de 0,05 e poder de 80%, considerando-se os três domínios do P-DUREL como variáveis independentes, melhora na capacidade funcional (aumento no VO_2 pico) e melhora da qualidade de vida (redução na pontuação de MLHFQ) como variáveis dependentes, seriam necessários 62 pacientes (N = 62).

4.6 Coleta de Dados

O P-DUREL e o DASS 21 foram aplicados individualmente, após a leitura e assinatura do TCLE, em consultório com isolamento acústico, nas dependências do Centro Médico do Hospital Córdio Pulmonar antes ou após qualquer das sessões do programa de reabilitação que ocorram entre a primeira e a segunda avaliações, pela pesquisadora principal deste estudo ou por dois outros pesquisadores, devidamente capacitados, em relação aos aspectos técnicos e éticos da pesquisa.

Os dados sociodemográficos, clínicos e resultados dos exames, foram resgatados das avaliações médicas e fisioterápicas, registradas em prontuários eletrônicos. Na ficha relativa à admissão na Reabilitação Cardiovascular, foi colhido o dado relativo à atividade física prévia, tendo sido esta autorreferida, sem correlação com nenhuma escala específica. Esses dados já são coletados de forma regular para o registro clínico da Reabilitação Cardiovascular no serviço, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Os Testes Cardiopulmonares de Esforço foram realizados por cardiologistas do Hospital Córdio Pulmonar que não tinham conhecimento acerca dos resultados do P-DUREL ou do DASS 21. Os resultados desses testes foram também obtidos a partir dos prontuários eletrônicos.

4.7 Análise e Interpretação dos Dados

Após a coleta dos dados, foi calculada a mediana da Variação do VO_2 Pico da amostra ($\Delta VO_2 \text{ Pico} = VO_2 \text{ Pico Final} - VO_2 \text{ Pico Inicial}$) segundo a qual, os pacientes foram divididos em 2 grupos: “Maior Ganho Funcional” ($\Delta VO_2 \text{ Pico}$ maior ou igual à mediana da amostra) e “Menor Ganho Funcional”, ($\Delta VO_2 \text{ Pico}$ menor que a mediana da amostra).

Também em relação ao Ganho em Qualidade de Vida, foi calculada a mediana da Variação do Escore Total do MLHFQ ($\Delta \text{MLHFQ} = \text{MLHFQ Final} - \text{MLHFQ inicial}$) e a partir desta, formados 2 grupos: “Maior Ganho em Qualidade de Vida” (Variação do Escore Total do MLHFQ menor que a mediana da amostra) e “Menor Ganho em Qualidade de Vida” (Variação do Escore Total do MLHFQ maior ou igual à da mediana da amostra).

Os níveis de Religiosidade nos aspectos “Organizacional”, “Não Organizacional” e “Intrínseco” foram comparados entre os grupos. Ademais, foi feita análise de correlação entre o Ganho Funcional e o Ganho em Qualidade de Vida, com o nível de Religiosidade em cada espectro supracitado. Uma vez que foi observada distribuição não paramétrica das variáveis a serem analisadas (domínios do P-DUREL, Ganho Funcional e Ganho em Qualidade de Vida), foi realizado o Teste de Correlação de Spearman,

4.7.1 Estatística Descritiva e Inferencial

Para a análise descritiva, variáveis contínuas são apresentadas com Média \pm Desvio Padrão para variáveis de distribuição normal ou Mediana \pm Intervalo Interquartil para variáveis de distribuição não normal; as variáveis categóricas são apresentadas em frequências absolutas ou percentuais. Dados clínicos e funcionais foram comparados no início do programa e na reavaliação; para tal foi usado o Teste t de Student pareado ou equivalente não paramétrico.

Com base na mediana do incremento, os grupos foram divididos entre aqueles com maiores ou menores respostas relativas a Capacidade Funcional e aqueles com maiores ou menores incrementos em Qualidade de Vida; as características clínicas desses grupos foram comparadas pelo Teste t de Student ou Teste de Mann Whitney para as variáveis contínuas (paramétricas e não

paramétricas, respectivamente). As variáveis categóricas foram analisadas de forma comparativa pelo Teste de Qui Quadrado ou Teste Exato de Fisher.

Um $p < 0,05$ foi adotado como padrão significante para todas as análises.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Com base na Resolução 466/2012, pesquisas envolvendo seres humanos precisam estar pautadas em princípios regidos pela Bioética. Deste modo, este projeto foi submetido à apreciação e aprovado, como uma emenda ao Projeto de Registro de Reabilitação Cardiovascular do Hospital Córdio Pulmonar e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Celso Figueiroa tendo sido aprovado sob número da CAAE 57813016.0.1001.5520.

Todos os participantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6 RESULTADOS

Que importa a paisagem, a Glória, a baía, a linha
do horizonte?
-O que vejo é o beco.

Manuel Bandeira

Foram entrevistados 88 pacientes matriculados no Serviço de Reabilitação Cardiovascular, entre setembro de 2018 e janeiro de 2020. Dentre estes, 57 haviam cumprido os critérios de inclusão, até março de 2020.

A Tabela 1 traz os dados globais demográficos e clínicos dos 57 pacientes que compuseram a amostra do estudo. Houve maior prevalência do sexo masculino (75%), raça branca (82%), idade média de $66 \pm 2,5$ anos, e Índice de Massa Corpórea (IMC) médio de 28 ± 4 Kg/m², Doença Arterial Coronariana foi presente em 76% dos casos e Insuficiência Cardíaca em 58%, Sendo a Classe Funcional II segundo New York Heart Association (NYHA) a mais frequente (46%). As comorbidades mais prevalentes foram: Dislipidemia (73%), Hipertensão (57%) e Diabetes Mellitus (26%). Do ponto de vista do tratamento medicamentoso, 93% usavam Estatinas, 62% Betabloqueadores, 56% Ácido Acetil salicílico. Bloqueadores do Receptor de Angiotensina ou Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina eram usados por 80% dos participantes. Dentre os procedimentos, 22% haviam sido submetidos a Angioplastia e 16% a Revascularização Miocárdica.

O Ganho Funcional global mediano foi de 1,6 mL.Kg-1.min⁻¹ (IIQ -0,6–4,1; p = 0,04) e o Ganho em Qualidade de Vida correspondeu a -11 pontos no escore do MLHFQ (IIQ -25—19; p <0,001).

No que tange aos aspectos psicoemocionais, apresentavam sintomas leves de Estresse, mas não de Ansiedade ou Depressão, segundo o rastreamento pelo DASS 21, cuja pontuação mediana obtida foi 4,0 (IIQ 1,0–12).

Quanto ao aspecto da Religiosidade, eram predominantemente Católicos e de acordo com os escores do P-DUREL, apresentavam baixo/médio índice de Religiosidade Organizacional: 4,0 (IIQ 2,0-4,0), mas elevados índices de Religiosidade não Organizacional: 2,0 (2,0-4,2) e de Religiosidade Intrínseca: 4,0 (3,0-6,0).

A Aderência mediana ao programa foi de 70% (IIQ 50 –80).

Tabela 1 - Características Clínicas e Demográficas dos participantes do estudo N = 57

Variável	Total
Dados Demográficos	
Sexo Masculino	42 (75)
Idade (anos) *	68 ± 12
Estado Civil Casado	17 (30)
Religião Católica	23 (25)
Sedentarismo Prévio	32 (56)
Cor da Pele Autorreferida	
Branca	46 (82)
Parda	7 (12)
Preta	3 (5)
Cardiopatas e Função Cardíaca	
Doença Arterial Coronariana	43 (76)
Insuficiência Cardíaca	31 (58)
Classe Funcional NYHA II	23 (46)
Valvulopatias: Estenose Mitral	6 (10)
Fração de Ejeção *	0,52±0,18
Comorbidades e Fatores de Risco	
Dislipidemia	41 (73)
Hipertensão Arterial	32 (57)
Sobrepeso	28 (49)
IMC (Kg/m ²)	28 ±4
Diabetes Mellitus	15 (26)
Medicamentos	
Estatina	41 (93)
Betabloqueador	35 (62)
Ácido Acetil Salicílico	30 (56)
Bloqueador de Receptor da Angiotensina	20 (47)
Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina	14 (25)
Clopidogrel	14 (25)
Ticagrelor	7(12)
Ansiolíticos/Antidepressivos	3 (5,2)
Intervenções	
Angioplastia	22 (38)
Revascularização Miocárdica	16 (28)
Capacidade Funcional - Consumo de Oxigênio de pico	
VO ₂ Pico Inicial (mL.Kg ⁻¹ .min ⁻¹) **	15 (IIQ 13 –19)
VO ₂ Pico Final (mL.Kg ⁻¹ .min ⁻¹) **	17 (IIQ 14 –21)
ΔVO ₂ Pico (mL.Kg ⁻¹ .min ⁻¹) **	1,6 (IIQ -0,6 – 4,1) p = 0,04
Qualidade de Vida - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)	
Inicial **	26 (IIQ 15–42)
Final **	11 (IIQ 5,0– -19)
Δ MLHFQ **	-11 (IIQ -25 – -19) p < 0,001
Depression Anxiety and Stress Scale (DASS 21) **	
	4,0 (IIQ 1,0–12)
Medidas de Religiosidade/Espiritualidade (P-DUREL)	
	4,0 (IIQ 2,0-4,0)
Religiosidade Organizacional **	
Religiosidade Não Organizacional **	2,0 (IIQ 2,0-4,2)
Religiosidade Intrínseca **	4,0 (IIQ 3,0-6,0)
Aderência **	70 (IIQ 50 –80)
Dados apresentados como frequência absoluta n (%), média ± desvio-padrão (*) ou mediana (IIQ)(**)	

Os pacientes foram acompanhados por um período mediano de 18 semanas (IIQ 15–25) que corresponderam a um número mediano de 34 sessões (IIQ 29–39). Com base nas medianas do $\Delta VO_{2\text{Pico}}$ e do $\Delta MLHFQ$, foram formados grupos de Maiores e Menores Ganhos Funcional e em Qualidade de Vida.

As distribuições da Religiosidade/Espiritualidade, em relação aos três domínios do P-DUREL (Religiosidade Organizacional, Não Organizacional e Intrínseca), assim como em relação à depressão, ansiedade, estresse e aderência foram semelhantes entre os grupos, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Religiosidade/Espiritualidade, Capacidade Funcional, Qualidade de Vida, Depressão, Ansiedade, Estresse e Aderência nos grupos de Maior e Menor Ganhos Funcionais e em Qualidade de Vida

Variável	Grupos					
	Maior Ganho Funcional (n=29) $\Delta VO_{2\text{Pico}} \geq 1,6$ $\text{mL.Kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$	Menor Ganho Funcional (n=28) $\Delta VO_{2\text{Pico}} < 1,6$ $\text{mL.Kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$	p	Maior Ganho em Qualidade de Vida (n=28) $\Delta MLHF \leq -11$	Menor Ganho em Qualidade de Vida (n=29) $\Delta MLHF > -11$	p
Religiosidade/Espiritualidade (P-DUREL)						
Religiosidade Organizacional	3,5 (IIQ 2,0-4,0)	4,0 (IIQ 2,0-4,0)	0,42	2,0 (IIQ 3,0-4,5)	2,0 (IIQ 2,0-4,0)	0,84
Religiosidade Não Organizacional	2,0 (IIQ 1,5-3,7)	2,0 (IIQ 2,0-5,7)	0,19	2,0 (IIQ 1,0-3,5)	2,0 (IIQ 1,0-3,5)	0,27
Religiosidade Intrínseca	4,0 (IIQ 3,0-5,0)	4,0 (IIQ 3,0-7,7)	0,23	4,0 (IIQ 3,0-6,0)	4,0 (IIQ 3,0-5,0)	0,72
Depression Anxiety and Stress Scale (DASS 21) **						
	4,0 (IIQ 2,0-19)	2,5 (IIQ 0,0-11)	0,20	3,0 (IIQ 0,0-11)	7,0 (IIQ 2,0-19)	0,19
Aderência	0,71 (IIQ 0,48-0,73)	0,60 (IIQ 0,52-12)	0,05	0,71 (IIQ 0,52-0,81)	4,0 (IIQ 0,51-0,69)	0,24

Dados apresentados como frequência absoluta n (%), média \pm desvio-padrão (*) ou mediana (IIQ)(**)

As Características Sociodemográficas e Clínicas foram semelhantes tanto entre os grupos de Maior e Menor Ganhos em Capacidade Funcional, quanto em relação entre os grupos de Maior e Menor Ganhos em Qualidade de Vida. A Tabela 3 contém os dados mais relevantes em relação a esses aspectos.

Tabela 3 - Características Sociodemográficas e Clínicas dos grupos de Maior e Menor Ganhos em Capacidade Funcional e de Maior e Menor Ganhos em Qualidade de Vida

Variável	Grupos					
	Maior Ganho Funcional (n=29) $\Delta VO_2 P_{iCO} \geq 1,6$ mL.Kg ⁻¹ .min ⁻¹	Menor Ganho Funcional (n=28) $\Delta VO_2 P_{iCO} < 1,6$ mL.Kg ⁻¹ .min ⁻¹	p	Maior Ganho em Qualidade de Vida (n=28) $\Delta MLHF \leq -11$	Menor Ganho em Qualidade de Vida (n=29) $\Delta MLHF > -11$	p
Características Sociodemográficas						
Sexo Masculino	20 (71)	22 (78)	0,95	20 (69)	22 (82)	0,30
Idade*	62 ± 4	71 ± 2	0,35	67 ± 13	66 ± 23	0,78
Religião Católica ***	8 (22)	6 (29)	0,27	13 (27)	1 (10)	0,11
Dados Clínicos						
Doença Arterial Coronariana	20 (71)	23 (82)	0,84	22 (76)	21 (78)	0,30
Insuficiência Cardíaca	14 (54)	17(63)	0,84	14 (52)	17 (65)	0,56
NYHA I	13 (52)		0,78		11 (46)	0,78
NYHA II		14 (58)	0,72	14 (56)		0,55
Fração de Ejeção*	0,50 ± 0,40	0,50 ± 0,20	0,84	0,60 ± 0,20	0,45 ± 0,20	0,90
Dislipidemia	20 (71)	21 (75)	0,90	23 (79)	18 (79)	0,85
Hipertensão Arterial	18 (64)	14 (50)	0,60	19 (66)	13 (48)	0,62
Diabetes Mellitus	7 (25)	8 (29)	0,71	7 (24)	8 (30)	0,86
Tabagismo	2 (6,5)	2 (9,5)	0,55	4 (8,3)	0 (0)	0,34

Dados apresentados como frequência absoluta n (%), média ± desvio-padrão (*) ou mediana (IIQ) (**)

Em relação aos tratamentos farmacológicos ao longo do Programa de Reabilitação Cardiovascular ou às Intervenções previamente realizadas, os grupos também foram semelhantes, como demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Tratamentos Farmacológicos durante o Programa de Reabilitação Cardiovascular e Intervenções Prévias

Variável	Grupos					
	Maior Ganho Funcional (n=29) $\Delta VO_2 P_{ico} \geq 1,6$ $mL.Kg^{-1}.min^{-1}$	Menor Ganho Funcional (n=28) $\Delta VO_2 P_{ico} < 1,6$ $mL.Kg^{-1}.min^{-1}$	p	Maior Ganho em Qualidade de Vida (n=28) $\Delta MLHF \leq -11$	Menor Ganho em Qualidade de Vida (n=29) $\Delta MLHF > -11$	p
Medicamentos						
Estatina	25 (92)	16(94)	0,84	34 (94)	7 (88)	0,48
Betabloqueador	22 (82)	14 (82)	0,94	28 (78)	8 (100)	0,14
Bloqueador de Receptor da Angiotensina	11 (41)	9 (56)	0,32	17 (47)	3 (43)	0,83
Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina	10 (37)	5 (31)	0,70	12(33)	3 (43)	0,63
Intervenções						
Angioplastia	12 (32)	10 (48)	0,25	18 (38)	4 (40)	0,88
Revascularização Miocárdica	14 (38)	2 (10)	0,20	12 (25)	4 (40)	0,33

Dados apresentados como frequência absoluta n (%), média \pm desvio-padrão (*) ou mediana (IIQ) (**)

Por fim, foi realizada análise de Correlação. cujos resultados são apresentados na Tabela 5

Tabela 5 - Correlação de Ganhos Funcional e em Qualidade de Vida com e Medidas de Religiosidade/Espiritualidade

Variável	Δ VO2 Pico		Δ MLHF	
	r_s	p	r_s	p
RO	0,110	0,421	0,22	0,871
RNO	-0,007	0,421	0,191	0,159
RI	-0,083	0,543	0,108	0,429

r_s : Coeficiente de Correlação Spearman

Não foi observada associação entre Ganho Funcional e Religiosidade Organizacional, Não Organizacional, ou Intrínseca como também não foi também detectada associação entre Qualidade de Vida nenhum dos três domínios da escala P-DUREL.

7 DISCUSSÃO

A luz da lua inunda todo o céu de horizonte a
horizonte; O quanto ela pode preencher o seu
quarto depende da sua janela

Rumi

Não foi detectada associação entre Religiosidade/Espiritualidade e Ganho Funcional ou Qualidade de Vida de pacientes em um programa de Reabilitação Cardiovascular, neste estudo.

Segundo o modelo teórico proposto por Koenig¹⁹, Religiosidade/Espiritualidade interferem na saúde através de três mecanismos básicos: redução de Depressão, Ansiedade e Estresse, estímulo ao desenvolvimento e manutenção de hábitos de vida saudáveis e suporte social. De acordo com os sintomas rastreados pelo DASS 21, os participantes do estudo, mesmo ao iniciarem a reabilitação, apresentavam apenas estresse leve e alguns de seus hábitos de vida a que tivemos acesso, eram bastante saudáveis: não apresentavam obesidade e não eram tabagistas. Em sua maioria eram sedentários, mas a prevalência de ativos (44%) supera os dados mundiais divulgados pela OMS (30%) e corresponde a mais de 2 vezes o índice brasileiro que é de 19%, segundo o IBGE³¹. Em relação ao suporte social, os pacientes contavam com a amorosidade e o acolhimento dos profissionais do serviço e com o apoio empático dos colegas, de maneira muito semelhante ao que se observa, por exemplo, em congregações e grupos religiosos. Talvez este se constitua um efeito indireto dos programas de reabilitação cardiovascular: a criação de espaços grupais, nos quais os pacientes podem contar com o suporte de profissionais que lhes transmitem segurança e experimentar trocas de experiências com outros pacientes cujas condições de saúde espelham as suas. Esta hipótese poderá ser mais bem investigada em estudos futuros.

É possível que a reduzida interação entre os instrumentos utilizados tenha tido alguma influência nos resultados relativos a associação: O *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*, escala utilizada habitualmente pelo Programa de Reabilitação Cardiovascular no qual a pesquisa foi realizada, avalia a Qualidade de Vida a partir de dados funcionais relacionados à Capacidade Aeróbica e, portanto,

dialoga muito bem com os resultados do Teste Cardiopulmonar de Exercício, mas contempla poucos aspectos psicoemocionais e não inclui a dimensão espiritual. Por sua vez, o P-DUREL, que foi escolhido para este trabalho, por sua praticidade, boa Consistência Interna e Confiabilidade, mede a Religiosidade Organizacional (cultos e outros encontros religiosos) e Religiosidade Não Organizacional (práticas privadas) através de uma pergunta para cada, relativas à frequência de práticas. O domínio Religiosidade Intrínseca, explora a relação do entrevistado com crenças e valores, evocando, portanto, algum grau de subjetividade, sempre em bases comportamentais; entretanto, esses dados refletem, na verdade, a confluência de fatores físicos, psicodinâmicos, sistêmicos e socioeconômico culturais; não exclusivamente, o envolvimento espiritual ou mesmo religioso, cujo controle estaria fora do escopo e das possibilidades deste estudo, o mesmo ocorrendo com a possível aplicação de um número maior de escalas.

Como esperado, a maioria dos pacientes evoluiu com Ganho Funcional e Ganho em Qualidade de Vida. Os resultados obtidos parecem ter decorrido da prática de exercícios físicos: movimentos corporais orientados para propiciar incrementos tanto dos componentes aeróbicos da aptidão física, quanto dos não aeróbicos, como força muscular, flexibilidade e equilíbrio. Entretanto, chama atenção o fato de que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à aderência, nos grupos de maior e menor ganho funcional ($p=0,05$).

Conforme tem sido constatado em diversos estudos⁴⁻⁶, exercícios físicos promovem inúmeros benefícios para a saúde, mas para além desses, bastante conhecidos, incluímos aqui algumas considerações embasadas na psicologia somática, sobre movimentos corporais (sistemáticos, inclusive).

A psicologia somática tem suas origens nos trabalhos Wilhelm Reich (1897-1957), que a partir das ideias de Freud, construiu interfaces com a Sexologia, Epistemologia, Pedagogia, Sociologia, Biologia e Física, dedicando-se a explorar manifestações singulares dos processos energéticos que permeiam a condição humana, de forma integrada. De acordo com Reich, o corpo representa a história de vida congelada³³. Reich inspirou outros estudiosos que deram seguimento a seus trabalhos, enfatizando a linguagem corporal no processo de autoconhecimento e cura, dentre eles, Stanley Keleman, Alexander Lowen e David Boadella. Segundo a visão da psicologia somática, cada movimento corporal encerra parte de um processo organizador capaz de modelar e remodelar continuamente, não apenas o

corpo o físico, como é facilmente reconhecido por qualquer praticante de musculação, por exemplo, mas também dimensões não visíveis como a emocional, a mental e a espiritual, em contínuo intercâmbio com o meio externo, inclusive através de processos de vinculação.

Segundo Keleman, (1992, p21) ³⁴

“Levantar-se não é um ato mecânico em que os ossos se apoiam sobre outros ossos para suportar o peso no chão. Nem algo que se realiza por meio apenas do tônus antigravitacional dos músculos. Levantar é um padrão pulsátil vertical, um bombeamento. É um padrão rítmico de expansão e contração, que move os fluidos excitatórios através de espaços”.

Este autor considera que condições subjetivas que envolvem sentimentos, pensamentos e estados não ordinários da consciência ressoam diretamente no corpo e "todas as sensações, todas as emoções, todos os pensamentos são, de fato, padrões organizados de movimento" (Keleman, 1992 p 22)³⁴. Assim, exercícios físicos se configuram como possibilidades inconscientes de reorganização somática e conseqüentemente, de elaboração, por exemplo, de situações traumáticas, como as vividas previamente por pacientes encaminhados para Reabilitação Cardiovascular (Paradas Cardiorrespiratórias, Cirurgias Cardíacas, Infartos do Miocárdio etc.). Padrões regulares de movimento, organizam formas corporais que correspondem a novos caminhos relacionais intra e interpessoais.

O olhar da psicologia somática, para além das premissas comportamentais propostas por Koenig no seu modelo teórico¹⁹, permite que possamos discutir os dados obtidos neste estudo, quantitativamente “negativos”, sem desconsiderarmos a importância da espiritualidade no sucesso do tratamento, mas enfatizando sua relação com a prática segura e regular de exercícios físicos por pacientes que embora não apresentem sintomas significativos de Depressão, Ansiedade e Estresse, indubitavelmente, trazem consigo marcas de situações psicológicas que envolvem traumas.

Traumas, para a psicologia somática, constituem interrupções (no caso dos eventos cardiovasculares, bruscas e severas) ao livre fluxo da energia vital. A prática regular de movimentos corporais, especialmente se realizada em condições de acolhimento e conforto, poderia então, reestabelecer, nas diversas dimensões, inclusive na dimensão física, o fluxo da energia vital interrompido pelas situações

traumáticas prévias. Esta visão inclui, portanto, a multidimensionalidade humana e conseqüentemente, o contínuo intercâmbio entre corpo, mente, emoções e espírito, de forma que mover o corpo na direção da saúde, na intenção da saúde e do bem-estar, implica em movimentos similares nas demais dimensões e vice-versa.

A Psicologia Somática considera também outras situações traumáticas, na maioria das vezes, não tão claramente perceptíveis, denominadas traumas de desenvolvimento, que resultam de experiências relacionais ao longo da vida e se manifestam como impulsos formativos da personalidade, expressos também no corpo físico. Aqui encontramos outro ângulo a partir do qual podemos olhar para a população do nosso estudo: O corpo, a relação com a vulnerabilidade e a espiritualidade.

Em seu livro “Amor, Sexo e o Seu Coração” (Lowen, 1988)³⁵, Alexander Lowen, criador da Bioenergética, descreve como o bebê livre corporal e psicologicamente, que de acordo com o provérbio alemão por ele citado, “é só coração”, vai se tornando “encouraçado” (termo usado originalmente por Reich, 1922, referente a bloqueios ao “fluxo da energia vital”) e associa traumas de desenvolvimento relacionados a estágios do crescimento a estratégias de defesa traduzidas em tensões musculares que terminam por “engaiolar” o coração causando cisão e afastando o ego adulto da dimensão espiritual: Tensões no diafragma dificultam o fluxo da energia entre o tórax e o abdome, separando os sentimentos ternos da sexualidade, tensões na garganta, dificultam a expressão, tensões nas costas limitam a manifestação da raiva, da agressividade e também a assertividade, tensões na face anterior do tórax inibem o choro, e o contato com a vulnerabilidade.³³ Lowen trabalhou durante muitos anos com pacientes cardiopatas e constatou que este padrão de “couraça muscular” (Reich, 1922)³³ está frequentemente envolvido na psicodinâmica, sobretudo, dos portadores de Doença Coronariana, conforme descreve na referida obra.³³

A visão de Lowen traz uma possível explicação para a nossa inquietante questão, relativa a vivências tão recentes de situações traumáticas que supostamente, teriam resultado apenas em sintomas leves de Estresse, sem Ansiedade ou Depressão: A hipótese que formulamos é de que os nossos pacientes tenham desenvolvido, ao longo da vida, estratégias de defesa egóicas que lhes bloqueavam o contato com a vulnerabilidade. Pertencendo a classes socioeconômicas elevadas, e tendo sobrevivido a situações como infartos,

internamentos em unidade de terapia intensiva, cirurgias cardíacas etc. essas características teriam sido ainda mais reforçadas. Assim, o papel da religiosidade como intermediador entre o humano e o divino, pode ter se tornado completamente esvaziado de sentido, ao contrário do que se constata, por exemplo, entre as mulheres idosas, negras portadoras de obesidade, oriundas de camadas socioeconômicas mais baixas, que compõem, em vários outros estudos^{15,28,29}, amostras populacionais com níveis de Religiosidade/Espiritualidade tão elevados, quanto os da nossa.

As dinâmicas sutis acima propostas como hipóteses para compreensão dos resultados em relação aos aspectos psicológicos tão singulares dos participantes do estudo, envolvem necessariamente a espiritualidade, considerando-se o conceito adotado neste trabalho:

“Um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual as pessoas buscam significados fundamentais, propósito e transcendência e experimentam relacionar-se consigo mesmas, com a família, com os outros, com a comunidade, a sociedade, a natureza e o essencial ou sagrado. A espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas”. (Puchalski, 2014, p 15)²²

Um estudo descritivo³⁶ investigou espiritualidade, força do ego e o ajustamento às doenças cardíacas, em 327 pacientes encaminhados para um hospital do Irã e concluiu que tanto a força do ego quanto a saúde espiritual apresentaram correlações significativamente positivas com o ajuste às doenças cardíacas. Mas o estudo foi além e demonstrou que a saúde espiritual teve papel mediador na relação entre a força do ego e o ajustamento às doenças cardíacas.

Os achados desse estudo sobre a espiritualidade, força do ego e o ajustamento às doenças cardíacas³⁶ coadunam com a visão de Lowen, em outra obra: “A Espiritualidade do Corpo”³⁷. Para o autor, a espiritualidade consiste em um estado de graça natural do qual o ser humano se afasta ao longo da vida. A saúde depende do equilíbrio entre o ego e o corpo; o espírito busca incessantemente, recuperar sua graça. O movimento corporal traz, em sua essência, este potencial curativo.

Reforçando a ideia da relação do movimento corporal com a espiritualidade e fatores psicoemocionais observamos o fato de que práticas religiosas as mais diversas, em todas as civilizações, incluem movimentos corporais como ajoelhar-se, curvar-se, prostrar-se, sentar-se, levantar-se, erguer os braços, marchar, dançar,

rodopiar: gestos que expressam a experiência do contato com o sagrado, ao tempo em que conduzem ou facilitam este contato. David Boadella, criador da Biossíntese, traz para a psicologia somática o conceito de “Campos Motores”. Boadella³⁸ considera que “a forma de nossas vidas é ancorada nos padrões de intencionalidade e nos estados posturais associados, pelos quais nos movemos”. Segundo o autor, a base somática da fixação ou as atitudes de caráter está relacionada a padrões de movimentos parciais ou muito exagerados, que funcionam como padrões de defesa e que terminam por inibir a expressão do Ser, uma vez que se constituem em distorções daquele que seria o caminho natural de ação. No entanto, os esquemas afeto-motores originais não são destruídos nem perdidos, mas permanecem como um potencial que pode ser resgatado e devolvido ao uso, a partir do trabalho terapêutico. Os Campos Motores terminam, pois, por formar um “vocabulário” básico dos movimentos, que são parte do nosso legado como primatas e, portanto, encerram informações que podem ser acessadas a partir de intervenções diretas na musculatura, como as utilizadas nas diversas correntes da psicologia somática, permitem que o “vocabulário” motor seja traduzido cognitivamente e que as mais diversas experiências, inclusive traumáticas, cheguem à superfície da consciência e possam ser trabalhadas, para muito além do comportamento.

Com base na teoria dos Campos Motores, podemos supor que tanto a gestualidade ritualística das práticas religiosas quanto os exercícios físicos realizados durante sessões de Reabilitação Cardiovascular, utilizam códigos afeto-motores semelhantes, motivados por razões diversas, que atingem dimensões humanas diversas, mas que se encontram em um mesmo ponto: a inteireza, a saúde. Tomemos como exemplo a marcha: O exercício na esteira ergométrica, produz, segundo Boadella, um “Campo de Ativação”. O mesmo Campo se faz presente na marcha das procissões, quando os praticantes, simbolicamente, caminham em direção a Deus. Não havendo elaboração, como ocorre em sessões de psicoterapia somática, os conteúdos afetivos relacionados ao “Campo de Ativação” e disponibilizados na esteira ou na procissão, em geral serão percebidos apenas, através de uma das suas polaridades: prazer ou desprazer, mas o “fluxo da energia vital”³⁸ terá sido ainda que em grau mínimo, liberado. Talvez nesta direção, sigam alguns grupos de cardiologia e especialmente, de cardiologia do exercício, de São Paulo e do Rio Grande do Sul que têm incluído práticas como Meditação, Tai Chi Chuan e Yoga, na abordagem de pacientes cardiopatas³⁹. Talvez o efeito do

acesso aos Campos Motores no ambiente da Reabilitação Cardiovascular, atuando sobre a couraça muscular, se combine aos conhecidos efeitos dos exercícios físicos, representando um recurso a ser estudado no sentido de favorecer ainda mais a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes.

O olhar ampliado sobre a relação da espiritualidade com a saúde é para nós, fascinante, entretanto, ainda não dispomos de instrumentos capazes de aferir a profundidade do construto. Medimos religiosidade ou outros aspectos comportamentais. No nosso trabalho, aplicamos o P-DUREL, porém a praticidade do instrumento, certamente reduziu possibilidades de interpretação quanto ao real significado da espiritualidade para os pacientes que compuseram a coorte. Segundo percebemos os três domínios do P-DUREL avaliam apenas a implicação egóica no trato com a espiritualidade, única até o momento, passível de mensuração. Outros estudos, dentre os mais recentes, têm utilizado mais de um desses instrumentos^{40,41}, mas sempre explorando apenas aspectos relativos ao comportamento.

Assim, nos aproximamos um pouco mais da complexidade que envolve os estudos sobre espiritualidade e saúde e conseqüentemente, das limitações impostas pela utilização exclusiva de métodos quantitativos, diante de situações que envolvem a multidimensionalidade humana. Este tem sido o caminho através do qual a ciência ocidental busca conhecer o que lhe escapa aos sentidos e à lógica que sustenta o paradigma vigente. Através dele, tem sido demonstrado que a espiritualidade impacta a saúde; que virtudes teológicas como fé, esperança e amor e virtudes humanas como perdão, honestidade, compaixão e gratidão, dentre outras, atuando sobre a rede psiconeuroimunoendocrinológica, em interação com fatores genéticos e bioquímicos, terminam por interferir na função cardíaca¹⁸, entretanto, o presente estudo, pautado neste paradigma, não conseguiu demonstrar qualquer associação, entre Religiosidade/Espiritualidade e Ganho Funcional ou mesmo em Ganho em Qualidade de Vida de pacientes cardiopatas encaminhados para Reabilitação Cardiovascular.

Como limitações, citamos a existência na cidade do Salvador de um único serviço de reabilitação cardiovascular e o fato de ser este, de caráter privado (o que esteve diretamente relacionado às características sociodemográficas da amostra) e reiteramos a escassez de instrumentos voltados para a avaliação da dimensão espiritual, validados no Brasil. A realização de estudos semelhantes, envolvendo populações com características sociodemográficas mais diversificadas, poderá

melhor elucidar essas questões. Por fim, consideramos ainda, uma limitação o fato de termos optado exclusivamente pela abordagem quantitativa: durante a aplicação dos questionários, percebemos que os pacientes, em sua maioria, recebiam bem a pesquisa, elogiavam a iniciativa e com entusiasmo, falavam de suas experiências espirituais, no curso do adoecimento e durante a reabilitação. Infelizmente, este material não poderia ser aproveitado no nosso trabalho.

De qualquer forma, esperamos que as reflexões aqui expostas, estimulem a realização de outros trabalhos a partir dos quais possamos obter maiores esclarecimentos sobre o assunto, quem sabe, olhando o horizonte...a linha que marca o encontro do céu com a terra.

8 CONCLUSÃO

Em uma coorte de pacientes cardiopatas acompanhados em Programa de Reabilitação Cardiovascular por 12 semanas, o Ganho Funcional não se associou a Religiosidade Organizacional, Não Organizacional ou Intrínseca, medidas pela escala P-DUREL. A Religiosidade não teve, portanto, impacto nos resultados obtidos em relação ao Ganho Funcional.

Com base na escala P-DUREL os pacientes apresentaram baixo/médio Índice de Religiosidade Organizacional, mas elevados índices de Religiosidade Não Organizacional e de Religiosidade Intrínseca.

Não foi detectada associação entre Qualidade de Vida e Religiosidade/Espiritualidade. Religiosidade Organizacional, Não Organizacional e Intrínseca não interferiram na Qualidade de Vida dos pacientes estudados.

O envolvimento religioso não se relacionou à aderência ao Programa de Reabilitação Cardiovascular.

9 ORÇAMENTO FINANCEIRO

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	FONTE DO RECURSO
Notebook	01	R\$ 4.200,00	R\$4.200,00	A Pesquisadora
Impressora	01	R\$ 1.300,00	R\$ 1.300,00	A Pesquisadora
Resmas Papel A4	02	R\$ 12,00	R\$24,00	A Pesquisadora
Cartuchos Jato Tinta	02	R\$ 180,00	R\$ 360,00	A Pesquisadora
Mensalidades do Programa de Reabilitação	186	R\$ 700,00	R\$ 130.200,00	62 Pacientes
TOTAL: R\$131.888,20				

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization.(2017). Mortality and global health estimates. [publicação online]; 2017 [acesso em 15 de outubro de 2020]. Global Health Observatory. Disponível em http://www.who.int/gho/mortality_buden_disease/en/
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações sobre mortalidade e informações demográficas [publicação online]; 2017 [acesso em 10 de novembro de 2017]. Disponível em http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=152
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. 2016;107(2 Supl. 3):1-83.
4. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):943-987.
5. Herdy AH, López-Jimenez F, Terzic CP, Milani M, Stein R, Carvalho T; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.1): 1-31.
6. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar COM, Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Arq Bras de Cardiol 2019; 113 (4), 787-891
7. Brown RA. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO expert committee. World Health Organ Tech Rep Ser. 1964;270:3-46.
8. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular: Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, vol.28, pp.103-128. 2013.
9. Nadarajah S, Berger A M, Thomas S A. Current Status of Spirituality in Cardiac Rehabilitation Programs: a review of literature. J Cardiopulmonary Rehab and Prev. 2013; 33:135-143.
10. US National Library of Medicine National Institutes of Medical Journal Editors. database [on line Pubmed]. Accessed on 2017 November 11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
11. PsycINFO A world-class resource for abstracts and citations of behavioral and social science research [on line] Accessed on 2017 November 11. Available from: <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>.

12. US National Library of Medicine National Institutes of Medical Journal Editors. database [on line Pubmed]. Accessed on 2020 September, 03. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
13. Lucchetti G, Oliveira G, et.al. Saúde, Espiritualidade e Ética. *Rev Bras Clín Med.* 2013; abr-jun11(2):140-4.
14. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012 Dec 16;2012:278730
15. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, Kiefe CI. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Qual Life Res.* 2018 Nov;27(11):2777-2797. doi: 10.1007/s11136-018-1906-4. Epub 2018 Jun 11. PMID: 29948601; PMCID: PMC6196107.
16. Kumar M, Nayak PK. Psychological sequelae of myocardial infarction. *Biomed Pharmacother.* 2017 Nov;95:487-496. doi: 10.1016/j.biopha.2017.08.109. Epub 2017 Sep 12. PMID: 28866415
17. Groleau D, Whitley R, Lespérance F, Kirmayer LJ. Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health Place.* 2010 Sep;16(5):853-60. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.04.010. Epub 2010 Apr 24. PMID: 20471300; PMCID: PMC5156565.
18. Shen BJ, Wachowiak PS, Brooks LG. Psychosocial factors and assessment in cardiac rehabilitation. *Eura Medicophys.* 2005 Mar;41(1):75-91. PMID: 16175773.
19. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health.* 2nd ed. New York: Oxford University Press;2012. p.9-10.
20. Haddad HA, Ritt LEF, Stein R, Araújo CGS de, Milani M, Meneghelo RS, et al. Teste Cardiopulmonar de Exercício: Fundamentos, Aplicabilidade e Interpretação. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2016 Nov [cited 2020 Nov 02]; 107(5): 467-481. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004400467&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160171>.
21. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2009 July [cited 2020 Nov 02]; 93(1): 39-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000700008&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009000700008>.
22. Puchalski CM, Robert VHSK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care. *J Palliative Med.* 2014; 17(6):642-656.
23. Taunay TCD'E, 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. [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 02]; 39(4): 130-135. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000400003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003>.
24. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2010, in press.
25. Vignola RCB, Tucci, A M, Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders* 155 (2014) 104–109
26. Mair V, Breda UMA, Boquembuzo, Nagem EU. Avaliação da aderência ao programa de reabilitação cardíaca em um hospital particular geral. *Einstein (São Paulo)*. 2013; 11 (3): 278-8.
27. Alvarez, JS, Goldraich, LA, Nunes, AH, Zandavalli, MC, Zandavalli, RB, Belli, KC, Clausell, N. (2016). Associação entre espiritualidade e adesão ao manejo em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca . *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 106, 491 - 501 . doi: 10.5935 / abc.20160076
Google Scholar | Crossref | Medline.
28. Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circulation*. 2010;121(5):659-66.
29. Rodrigues LR, Nader ID, Melo e Silva AT, Tavares DMS, Assunção LM, Molina N PFM. Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. *Revista Rene*. 2017; 18(4), 429-436. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000400002.
30. Bernardo AFB, Rossi RC, Souza NM de, Pastre CM, Vanderlei LCM. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2013 Aug [cited 2021 Jan 21] ; 19(4): 231-235. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922013000400001&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922013000400001>.
31. PNAD – IBGE <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403> Acesso em: 18 de nov. 2020
32. Freire RS, Lélis FL de O, Fonseca Filho JA da, Nepomuceno MO, Silveira MF. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2014 Oct [cited 2021 Jan 29] ; 20(5): 345-349. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-

86922014000500345&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1517-86922014200502062>

33. Reich W. *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
34. Keleman S. *Anatomia Emocional*. São Paulo: Summus Editorial, 1992.
35. Lowen, Alexander. *Amor, Sexo e o seu Coração*. São Paulo: Summus Editorial, 1988
36. Besharat MA, Ramesh S, Moghimi E. Spiritual health mediates the relationship between ego-strength and adjustment to heart disease. *Health Psychology Open*. 2018,5, 2055102918782176.
37. Lowen A. *A espiritualidade do corpo*. São Paulo: Cultrix, 1995.
38. Boadella D. The Historical Development of the Concept of Motoric Fields. *The United States Association for Body psychotherapy*. 2006; 5(1).
39. Donelli da SA, Ricardo S. Terapias Alternativas com Base em Evidências que “Tocam o Coração”. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2019 Dec [cited 2021 Apr 06]; 113(6): 1059-1061. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019001201059&lng=en. Epub Dec 02, 2019. <http://dx.doi.org/10.36660/abc.20190719>.
40. Trevino KM, McConnell TR. Religiosity and spirituality during cardiac rehabilitation: A longitudinal evaluation of patient-reported outcomes and exercise capacity. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*. 2015.
41. Damiano RF, et al. Brazilian scientific articles on spirituality, religion and health. *Archives of clinical psychiatry*. 2016; 43(1):11-16.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Associação do Envolvimento Espiritual com Ganho Funcional e Qualidade de Vida de Pacientes Cardiopatas em Programa de Reabilitação Cardiovascular”. Nesta pesquisa, pretendemos estudar a possível associação da Espiritualidade com Ganho Funcional e Qualidade de Vida de Pacientes em Reabilitação Cardiovascular. O motivo que nos leva a pesquisar esse assunto é a necessidade de ampliar os conhecimentos existentes acerca do papel do envolvimento espiritual/religioso dos pacientes acompanhados em Programas de Reabilitação Cardiovascular na melhoria da saúde, especialmente no que se refere ao Sistema Cardiovascular e da Qualidade de Vida, de modo geral, tema pouco abordado mundial e nacionalmente e que carece de maiores investigações.

Para esta pesquisa adotaremos o seguinte procedimento: registraremos os dados coletados pela equipe de saúde em um banco de dados particular e, aplicaremos a todos os pacientes um questionário muito simples a respeito de Espiritualidade e Religiosidade e após a compilação dos dados incluídos na pesquisa, analisaremos as informações obtidas.

Para participar desta pesquisa, o (a) senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. O (A) senhor (a), poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a). O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O (A) senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em sua identificação acidental em meios de comunicação e/ou para indivíduos não participantes desta pesquisa. A pesquisa contribuirá para aumentar o conhecimento acerca da importância da inclusão de aspectos relativos à religiosidade/espiritualidade no acompanhamento de pacientes em Reabilitação Cardiovascular, podendo vir a contribuir para melhoria no atendimento de pacientes futuros. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. O nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Hospital Córdio Pulmonar e a outra será fornecida ao senhor (a).

Contato em caso de dúvidas ou emergência.

O Investigador Principal deste estudo, médico do estudo, é o Dr. Luiz Eduardo Fonteles Ritt, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Rua Ponciano de Oliveira, nº 157, Rio Vermelho,

Salvador / BA - CEP 41950-275 telefone: 71.3203-2270 (horário comercial), celular: 71.98787-8599 (fora do horário comercial) e e-mail: luizritt@hotmail.com

Em qualquer fase do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso ao investigador e sua equipe para comunicar qualquer desconforto, esclarecer dúvidas ou pedir informações adicionais.

Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Se houver alguma dúvida ou necessitar algum esclarecimento adicional sobre seus direitos como paciente de pesquisa ou sobre os aspectos éticos do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Professor Dr. Celso Figuerôa Hospital Santa Izabel - Praça Almeida Couto, 500 - Nazaré - Salvador/BA - CEP: 40050-410 - (71) 2203-8362 de segunda a sexta-feira das 08:00 as 17:00.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas.

Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Paciente

Apêndice B – Artigo submetido nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia**Título Completo**

ESPIRITUALIDADE, GANHO FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

Título Completo em Inglês

SPIRITUALITY, FUNCTIONAL GAIN AND QUALITY OF LIFE IN CARDIOVASCULAR REHABILITATION

Título Curto

ESPIRITUALIDADE EM REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

Descritores

Religiosidade. Espiritualidade. Reabilitação Cardiovascular.

Descritores em inglês

Religiosity. Spirituality. Cardiovascular Rehabilitation.

Número de palavras do manuscrito

3.333 palavras

RESUMO

Fundamento: Religiosidade e Espiritualidade (R/E) têm sido associadas a maiores taxas de recuperação, maior adesão ao tratamento, e melhor qualidade de vida (QV) em pacientes cardiopatas.

Objetivos: Avaliar a associação entre R/E com Ganho Funcional e melhoria na QV em participantes de um programa de Reabilitação Cardiovascular (RCV).

Métodos: Estudo de coorte prospectiva. O consumo de oxigênio ($VO_{2\text{ pico}}$) e a QV foram avaliados no início e no final de um programa de RCV. Calculou-se os Ganhos Funcional ($\Delta VO_{2\text{ pico}}$) e em QV (Δ MLHFQ) e observou-se a associação com os escores da versão brasileira do Índice de Religiosidade de Duke P-DUREL, que examina: Religiosidade Organizacional ((práticas coletivas), Religiosidade não Organizacional ((práticas privadas) e Religiosidade Intrínseca (vivência íntima da religiosidade). Sintomas de depressão, ansiedade e estresse foram rastreados para fins de controle.

Resultados: Cinquenta e sete pacientes foram acompanhados: $66 \pm 2,5$ anos; 71,7% masculinos, 76% Doença Arterial Coronariana (DAC), 58% Insuficiência Cardíaca (IC), 46% NYHA II. Apresentavam baixo/médio índice de Religiosidade Organizacional (RO), elevados índices de Religiosidade não Organizacional (RNO) e de Religiosidade Intrínseca (RI), entretanto, não se verificou associação de Ganhos Funcional ou em QV nenhum desses domínios: RO x $\Delta VO_{2\text{ pico}} = 0,110$ $p=0,421$; RNO x $\Delta VO_{2\text{ pico}} = -0,007$ $p=0,421$; RI x $\Delta VO_{2\text{ pico}} = -0,0083$, $p=0,543$; RO x Δ MLHF = 0,22 $p=0,871$; RNO x Δ MLHF = 0,191 $p=0,159$; RI x Δ MLHF = 0,108 $p=0,429$.

Conclusão: Em uma amostra de pacientes cardiopatas em programa de RCV, não foi detectada associação entre R/E e Ganho Funcional ou em QV.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV), ocupam o primeiro lugar entre as causas de mortalidade no mundo¹. Dentre as abordagens clínicas que contribuem para a redução da morbidade secundária a essas doenças encontram-se os Programas de Reabilitação Cardiovascular (RCV). Concebidos há mais de quatro décadas, esses programas têm a finalidade inicial de proporcionar o retorno de pacientes cardiopatas a suas atividades habituais, mediante a realização de exercícios físicos combinados a ações educacionais e terapêuticas voltadas para a melhoria da saúde e qualidade de vida. Esses programas devem ser conduzidos por equipes multidisciplinares que busquem imprimir nas suas práticas, uma visão integrativa do cuidado.^{2,3}

Cerca de 80% da população mundial possui afiliação religiosa⁶ e um número crescente de evidências demonstra associação entre Religiosidade e Espiritualidade (R/E) e redução da mortalidade por todas as causas, especialmente por DCV⁴. A Atualização de 2019 da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia⁴, enfatiza a importância da inclusão da dimensão espiritual no tratamento e prevenção de DCV, inclusive no âmbito da RCV. Entretanto, a atuação das equipes, na maioria dos serviços, não possui tal abrangência, possivelmente por ignorarem a potencial importância ou pela escassez de estudos nesta área do conhecimento.⁵

O objetivo do presente estudo foi avaliar a associação da R/E sobre Ganho Funcional e Ganho em Qualidade de Vida em pacientes submetidos a um programa de RCV. Além disso, buscou descrever os níveis de R/E nesta amostra e sua relação com a aderência ao programa.

Métodos

Trata-se de um estudo de coorte prospectiva, baseado na população de pacientes matriculados e ativos no Programa de RCV de um hospital terciário privado em Salvador, Bahia, Brasil.

Critérios de inclusão: Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico de DCV caracterizados por histórico de Infarto Agudo do Miocárdio prévio, Angina Instável ou Estável, Angioplastia Coronariana, Valvopatias,

Insuficiência Cardíaca, Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca ou Vasculard, Implante de Dispositivos como Marcapassos, Ressincronizadores e Desfibriladores. Tais pacientes devem ter passado por avaliações com cardiologista e fisioterapeuta no início e após ao menos 12 semanas de engajamento no programa com realização de Teste Cardiopulmonar de Esforço (TCPE), em ambas as avaliações.

Critérios de exclusão: não terem respondido a qualquer dos questionários da pesquisa ou terem cursado com evento agudo novo, internação ou procedimento de intervenção cardiovascular após o início do programa.

O cálculo do tamanho amostral foi feito com base no cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson, para se atingir uma correlação estimada de 0,35 com alfa de 0,05 e poder de 80%, considerando-se os três domínios da escala utilizada para avaliar R/E e os Ganhos Funcional e em QV. Para tal, uma amostra de 56 pacientes foi estimada.

Todos os participantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Celso Figueiroa sob número da CAAE 57813016.0.1001.5520.

- O Programa de Reabilitação Cardiovascular

De acordo com o protocolo do programa de RCV local, todos os pacientes são avaliados no início, tanto do ponto de vista clínico quanto funcional por médico especializado em Cardiologia do Exercício e por um Fisioterapeuta. Além das consultas clínicas convencionais, são realizados TCPE e aplicação do “*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*” (MLHFQ), para avaliação da qualidade de vida.

Os TCPE são realizados em esteira Centurion 300 (Micromed, São Paulo, Brazil) com sistema de coleta de gases respiração a respiração marca Cortex 3b (Cortex Inc, Leipzig, Alemanha). Durante o esforço são mensurados a Ventilação (VE), o Consumo de Oxigênio (VO_2), a produção de gás carbônico (VCO_2) e as demais variáveis de um teste de esforço convencional, como dados hemodinâmicos e traçado eletrocardiográfico. Para este estudo, a variável de interesse obtida a partir do TCPE foi o $VO_{2\text{ pico}}$ (expresso $\text{mL.Kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$).⁶

O MLHFQ é um questionário validado no Brasil em 2009, específico para portadores de Insuficiência Cardíaca, composto por 21 questões. Quanto mais baixa a pontuação, melhor a Qualidade de Vida.⁷

O programa de RCV consiste em sessões de exercícios físicos supervisionados por médico e equipe de fisioterapia especializada, com uma hora de duração, três vezes por semana, compostas de fase de aquecimento, fase de exercício aeróbico, fase de exercícios resistidos e fase de desaquecimento.

Após um mínimo de 12 semanas de acompanhamento, os pacientes são submetidos a reavaliação global composta de avaliação médica, TCPE e avaliação funcional pelo fisioterapeuta, com aplicação do MLHFQ.

O estudo seguiu este protocolo já aplicado no serviço.

A análise do Ganho Funcional foi medida através da variação no Consumo de Oxigênio no pico do Esforço (ΔVO_2 pico) e o Ganho em Qualidade de Vida aferido através de redução na pontuação do ($\Delta MLHFQ$).

- Religiosidade/Espiritualidade: Conceito e Avaliação

O conceito de espiritualidade no contexto da saúde tem sido objeto de discussões entre os estudiosos e encontra-se até o momento, em construção. Nosso estudo, adotou o conceito proposto pelo consenso formulado em conferência internacional realizada em Genebra, em 2013.⁸

“Um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual as pessoas buscam significados fundamentais, propósito e transcendência e experimentam relacionar-se consigo mesmas, com a família, com os outros, com a comunidade, a sociedade, a natureza e o essencial ou sagrado. A espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas”. (PUCHALSKI, 2014, p 15)

Sendo a espiritualidade experiência de caráter individual e inteiramente subjetiva, na grande maioria das pesquisas sua apreciação tem sido realizada a partir de contextos religiosos, tomando-se então, religiosidade e espiritualidade como sinônimos⁹. Para avaliação da R/E, foi aplicado o P-DUREL: questionário composto por cinco questões de múltipla escolha, em escala do tipo *Likert*, que aborda os níveis de R/E nos aspectos “Organizacional”, “Não Organizacional” e

“Intrínseco”¹⁰. A Religiosidade Organizacional (RO) é medida através da frequência a encontros religiosos, como missas, cultos, cerimônias e rituais diversos e participação grupos de estudos ou de oração. A Religiosidade Não Organizacional (RNO) é avaliada através da frequência de atividades religiosas privadas, como orações, meditações, leitura de textos religiosos, audição de músicas ou ensinamentos relacionados à R/E, ou ainda acompanhamento de programas religiosos através dos meios de comunicação. A Religiosidade Intrínseca (RI) refere-se à busca de contato íntimo com Deus e a vivência da religiosidade como fator norteador do indivíduo.

Para cálculo do escore do P-DUREL é recomendado que os três domínios individuais sejam analisados separadamente e não somados¹⁰. As pontuações dos domínios RO e RNO variam de 1 a 6 e a do domínio RI, de 3 a 15. Na versão brasileira, escores mais baixos indicam maior religiosidade em cada domínio^{10, 11}.

- Avaliação de Depressão, Ansiedade e Estresse

Para fins de controle de variáveis psicoemocionais como Depressão, Ansiedade e Estresse, foi aplicado O “DASS 21”, uma Escala de Depressão Ansiedade e Estresse, auto aplicativa, traduzida e validada para o português do Brasil, em 2014¹² e se destina rastrear sintomas das três condições (Depressão, Ansiedade e Estresse), sem que tenha o objetivo de realizar diagnóstico.

O P- DUREL e o DASS 21 foram aplicados uma única vez, pelos próprios pesquisadores, em ambiente adequado às recomendações éticas e técnicas dos autores.

- Análise e Interpretação dos Dados

Após a coleta dos dados, foi calculada a mediana da Variação do VO_2 pico da amostra ($\Delta VO_2 \text{ pico} = VO_2 \text{ pico Final} - VO_2 \text{ pico Inicial}$), segundo a qual os pacientes foram divididos em 2 grupos: “Maior Ganho Funcional” ($\Delta VO_2 \text{ pico}$ maior ou igual à mediana da amostra) e “Menor Ganho Funcional”, ($\Delta VO_2 \text{ pico}$ menor que a mediana da amostra).

Em relação ao Ganho em Qualidade de Vida, foi também calculada a mediana da Variação do Escore Total do MLHFQ ($\Delta MLHFQ = MLHFQ \text{ Final} -$

MLHFQ inicial) e a partir desta, formados 2 grupos: “Maior Ganho em Qualidade de Vida” (Variação do Escore Total do MLHFQ menor que a mediana da amostra) e “Menor Ganho em Qualidade de Vida” (Variação do Escore Total do MLHFQ maior ou igual à da mediana da amostra).

Os níveis de Religiosidade nos aspectos “Organizacional”, “Não Organizacional” e “Intrínseco” foram comparados entre os grupos. Ademais, foi feita análise de correlação entre o Ganho Funcional e o Ganho em QV, com o nível de Religiosidade em cada espectro supracitado. Uma vez que foi observada distribuição não paramétrica das variáveis analisadas, foi realizado o Teste de Correlação de Spearman.

Estatística Descritiva e Inferencial

Para a análise descritiva, variáveis contínuas são apresentadas com Média \pm Desvio Padrão, para variáveis de distribuição normal ou Mediana \pm Intervalo Interquartil para variáveis de distribuição não paramétrica; as variáveis categóricas são apresentadas em forma de proporção ou percentual. Dados clínicos e funcionais foram comparados no início do programa e na reavaliação; para tal foi usado o Teste t de Student pareado ou equivalente não paramétrico.

As características clínicas dos grupos com Maiores e Menores Ganhos Funcional e em QV foram comparadas pelo Teste t de Student ou Teste de Mann Whitney para as variáveis contínuas (paramétricas e não paramétricas, respectivamente). As variáveis categóricas foram analisadas de forma comparativa pelo Teste de Qui Quadrado ou Teste Exato de Fisher.

O teste de Spearman foi utilizado para análise de correlação de variáveis contínuas não paramétricas e o de Pearson para as contínuas de distribuição paramétrica.

Um $p < 0,05$ foi adotado como padrão significativo para todas as análises e estas foram realizadas no software SPSS, versão 10.0 (SPSS Inc., Chicago, IL)

Resultados

A amostra final foi composta de 57 indivíduos, predominantemente do sexo masculino (75%), autodeclarados brancos (82%), com idade de $66 \pm 2,5$ anos. Do

total, 76% eram portadores de DAC e 58% apresentavam IC estágio C, sendo a Classe Funcional II segundo New York Heart Association (NYHA) a mais frequente (46%). Quanto à Religiosidade, eram predominantemente católicos e de acordo com os escores do P-DUREL, apresentavam baixo/médio índice de Religiosidade Organizacional: 4,0 (IIQ 2,0-4,0), mas elevados índices de Religiosidade não Organizacional: 2,0 (2,0-4,2) e de Religiosidade Intrínseca: 4,0 (3,0-6,0). No que se refere aos aspectos psicoemocionais, apresentavam sintomas leves de Estresse, mas não de Ansiedade ou Depressão, segundo o rastreamento pelo DASS 21. A Aderência mediana ao programa foi de 70% (IIQ 50 –80).

A tabela 1 mostra as características Clínicas e Demográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Características Clínicas e Demográficas dos participantes do estudo N = 57

Variável	Total
Dados Demográficos	
Sexo Masculino	42 (75)
Idade (anos) *	68 ± 12
Estado Civil Casado	17 (30)
Religião Católica	23 (25)
Sedentarismo Prévio	32 (56)
Cor da Pele Autorreferida	
Branca	46 (82)
Parca	7 (12)
Preta	3 (5)
Cardiopatias e Função Cardíaca	
Doença Arterial Coronariana	43 (76)
Insuficiência Cardíaca	31 (58)
Classe Funcional NYHA II	23 (46)
Valvulopatias: Estenose Mitral	6 (10)
Fração de Ejeção *	0,52±0,18
Comorbidades e Fatores de Risco	
Dislipidemia	41 (73)
Hipertensão Arterial	32 (57)
Sobrepeso	28 (49)
IMC (Kg/m ²)	28 ± 4
Diabetes Mellitus	15 (26)
Medicamentos	
Estatina	41 (93)
Betabloqueador	35 (62)
Ácido Acetil Salicílico	30 (56)
Bloqueador de Receptor da Angiotensina	20 (47)
Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina	14 (25)
Clopidogrel	14 (25)
Ticagrelor	7 (12)
Ansiolíticos/Antidepressivos	3 (5,2)
Intervenções	
Angioplastia	22 (38)
Revascularização Miocárdica	16 (28)
Capacidade Funcional - Consumo de Oxigênio	
VO ₂ P _{ICO} Inicial (mL.Kg ⁻¹ .min ⁻¹) †	15 (IIQ 13 –19)
VO ₂ P _{ICO} Final (mL.Kg ⁻¹ .min ⁻¹) †	17 (IIQ 14 –21)
ΔVO ₂ P _{ICO} (mL.Kg ⁻¹ .min ⁻¹) †	1,6 (IIQ -0,6 – 4,1) p = 0,04
Qualidade de Vida - Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)	
Inicial †	26 (IIQ 15–42)
Final †	11 (IIQ 5,0– -19)
Δ MLHFQ †	-11 (IIQ -25 – -19) p < 0,001
Depression Anxiety and Stress Scale (DASS 21) †	
	4,0 (IIQ 1,0–12)
Medidas de Religiosidade/Espiritualidade (P-DUREL)	
	4,0 (IIQ 2,0-4,0)
Religiosidade Organizacional †	
Religiosidade Não Organizacional †	2,0 (IIQ 2,0-4,2)
Religiosidade Intrínseca †	4,0 (IIQ 3,0-6,0)
Aderência †	
	70 (IIQ 50 –80)

Dados apresentados como frequência absoluta n (%), média ± desvio-padrão (*) ou mediana (IIQ)(†)

Fonte: Próprio autor

Os pacientes foram acompanhados por um período mediano de 18 semanas (IIQ 15–25) que corresponderam a um número mediano de 34 sessões (IIQ 29–39). Com base nas medianas do $\Delta VO_{2\text{pico}}$ e do $\Delta MLHFQ$, foram formados grupos de Maiores e Menores Ganhos Funcional e em Qualidade de Vida.

As distribuições da Religiosidade/Espiritualidade, em relação aos três domínios do P-DUREL (Religiosidade Organizacional, Não Organizacional e Intrínseca), assim como em relação à depressão, ansiedade, estresse e aderência foram semelhantes entre os grupos, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 - Religiosidade/Espiritualidade, Capacidade Funcional, Qualidade de Vida, Depressão, Ansiedade, Estresse e Aderência nos grupos de Maior e Menor Ganhos Funcionais e em Qualidade de Vida

Variável	Grupos					
	Maior Ganho Funcional (n=29) $\Delta VO_{2\text{pico}} \geq 1,6 \text{ mL.Kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$	Menor Ganho Funcional (n=28) $\Delta VO_{2\text{pico}} < 1,6 \text{ mL.Kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$	p	Maior Ganho em Qualidade de Vida (n=28) $\Delta MLHF \leq -11$	Menor Ganho em Qualidade de Vida (n=29) $\Delta MLHF > -11$	p
Religiosidade/Espiritualidade (P-DUREL)						
Religiosidade e Organizacional †	3,5 (IIQ 2,0-4,0)	4,0 (IIQ 2,0-4,0)	0,42	2,0 (IIQ 3,0-4,5)	2,0 (IIQ 2,0-4,0)	0,84
Religiosidade de Não Organizacional †	2,0 (IIQ 1,5-3,7)	2,0 (IIQ 2,0-5,7)	0,19	2,0 (IIQ 1,0-3,5)	2,0 (IIQ 1,0-3,5)	0,27
Religiosidade Intrínseca †	4,0 (IIQ 3,0-5,0)	4,0 (IIQ 3,0-7,7)	0,23	4,0 (IIQ 3,0-6,0)	4,0 (IIQ 3,0-5,0)	0,72
Depression Anxiety and Stress Scale (DASS 21) †						
Aderência	0,71 (IIQ 0,48-0,73)	0,60 (IIQ 0,52-12)	0,05	0,71 (IIQ 0,52-0,81)	4,0 (IIQ 0,51-0,69)	0,24

Dados apresentados como frequência absoluta n (%), média \pm desvio-padrão (*) ou mediana (IIQ) (†)

Fonte: Próprio autor

As características sociodemográficas e clínicas foram semelhantes, tanto entre os grupos de Maior e Menor Ganhos em Capacidade Funcional, quanto em relação entre os grupos de Maior e Menor Ganhos em Qualidade de vida.

Tabela 6 - Características sociodemográficas e clínicas dos grupos de Maior e Menor Ganhos em Capacidade Funcional e de Maior e Menor Ganhos em Qualidade de Vida

Variável	Grupos					
	Maior Ganho Funcional (n=29) $\Delta VO_2 \text{ pico} \geq 1,6$ $\text{mL.Kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$	Menor Ganho Funcional (n=28) $\Delta VO_2 \text{ pico} < 1,6$ $\text{mL.Kg}^{-1}.\text{min}^{-1}$	p	Maior Ganho em Qualidade de Vida (n=28) $\Delta \text{MLHF} \leq -11$	Menor Ganho em Qualidade de Vida (n=29) $\Delta \text{MLHF} > -11$	p
Características Sociodemográficas						
Sexo Masculino	20 (71)	22 (78)	0,95	20 (69)	22 (82)	0,30
Idade*	62 ± 4	71 ± 2	0,35	67 ± 13	66 ± 23	0,78
Religião Católica	8 (22)	6 (29)	0,27	13 (27)	1 (10)	0,11
Dados Clínicos						
Doença Arterial Coronariana	20 (71)	23 (82)	0,84	22 (76)	21 (78)	0,30
Insuficiência Cardíaca	14 (54)	17(63)	0,84	14 (52)	17 (65)	0,56
NYHA I	13 (52)		0,78		11 (46)	0,78
NYHA II		14 (58)	0,72	14 (56)		0,55
Fração de Ejeção*	0,50 ± 0,40	0,50 ± 0,20	0,84	0,60 ± 0,20	0,45 ± 0,20	0,90
Dislipidemia	20 (71)	21 (75)	0,90	23 (79)	18 (79)	0,85
Hipertensão Arterial	18 (64)	14 (50)	0,60	19 (66)	13 (48)	0,62
Diabetes Mellitus	7 (25)	8 (29)	0,71	7 (24)	8 (30)	0,86
Tabagismo	2 (6,5)	2 (9,5)	0,55	4 (8,3)	0 (0)	0,34

Dados apresentados como frequência absoluta n (%), média ± desvio-padrão (*) ou mediana (IIQ) (†)

Fonte: Próprio autor

Foi realizada análise de Correlação, não tendo sido observada associação entre Ganho Funcional e Religiosidade Organizacional, Não Organizacional ou Intrínseca, como também não foi também detectada associação entre Qualidade de Vida e nenhum dos três domínios da escala P–DUREL (Tabela 4)

Tabela 4 - Correlação de Ganhos Funcional e em Qualidade de Vida com e Medidas de Religiosidade/Espiritualidade

Variável	Δ VO2 pico		Δ MLHF	
	r_s	p	r_s	p
RO	0,110	0,421	0,22	0,871
RNO	- 0,007	0,421	0,191	0,159
RI	- 0,083	0,543	0,108	0,429

r_s : Coeficiente de Correlação Spearman

Fonte: Próprio autor

Discussão

Segundo o modelo teórico proposto por Koenig,⁹ Religiosidade/Espiritualidade interferem na saúde através de três mecanismos básicos: redução de Depressão, Ansiedade e Estresse, estímulo ao desenvolvimento e manutenção de hábitos de vida saudáveis e suporte social. Surpreendentemente, de acordo com os resultados observados neste estudo, Religiosidade/Espiritualidade não influenciaram os Ganhos Funcional e em QV dos pacientes acompanhados em um Programa de RCV. Ao que parece, na nossa pequena amostra, os mecanismos supracitados não encontraram “substratos” para agir ou seu alcance foi reduzido por interferência de outros fatores, uma vez que os níveis de R/E encontrados foram baixos/médios para RO, elevados para RNO e RI., mas não tiveram associação com os Ganhos Funcional ou em QV.

Cabe salientar que quando rastreados pelo DASS 21, estes pacientes, ao iniciarem o programa de RCV, apresentavam sintomas compatíveis com nível de estresse classificado como leve, assim como em sua maioria não eram tabagistas nem obesos. Por outro lado, eram sedentários, mas a prevalência de previamente

ativos (44%) supera os dados mundiais divulgados pela OMS (30%) e corresponde a mais de 2 vezes o índice brasileiro que é de 19%, segundo o IBGE¹³.

Em relação ao suporte social, os pacientes contavam com a amorosidade e o acolhimento dos profissionais do serviço e com o apoio empático dos colegas, de maneira muito semelhante ao que se observa, por exemplo, em congregações e grupos religiosos. Talvez este se constitua um efeito indireto dos programas de RCV.

É possível que a reduzida interação entre os instrumentos utilizados tenha tido alguma influência nos resultados relativos à associação: O MLHFQ avalia a Qualidade de Vida a partir de dados funcionais relacionados à Capacidade Aeróbica e, portanto, dialoga muito bem com os resultados do TCPE, mas contempla poucos aspectos psicoemocionais e não inclui a dimensão espiritual. Por sua vez, o P-DUREL mede RO e RNO através de uma pergunta para cada, relativas à frequência de práticas coletivas ou individuais. O domínio RI, explora a relação do entrevistado com crenças e valores, evocando, algum grau de subjetividade, sempre em bases comportamentais. Esses dados refletem, na verdade, a confluência de fatores físicos, psicodinâmicos, sistêmicos, socioeconômicos e culturais; não exclusivamente, o envolvimento espiritual ou mesmo religioso. O controle dessas variáveis estaria fora do escopo e das possibilidades deste estudo, o mesmo ocorrendo com a possível aplicação de um número maior de escalas.

Conforme esperado, a maioria dos pacientes evoluiu com Ganho Funcional e Ganho em QV. Os resultados obtidos parecem ter decorrido da prática do exercício físico, cujos efeitos tanto sobre o sistema cardiovascular, quanto sobre o psiquismo e a qualidade de vida têm sido amplamente documentados, seja em ensaios clínicos randomizados, assim como em revisões sistemáticas e metanálises.²

Nosso estudo tem limitações. Tratou-se de estudo unicêntrico, na cidade do Salvador, com apenas 57 pacientes. Além disso, o serviço de reabilitação onde foi realizado é de caráter privado (o que esteve diretamente relacionado às características sociodemográficas da amostra). A realização de estudos semelhantes, envolvendo populações com características sociodemográficas mais diversificadas, poderá trazer outras informações sobre possíveis interferências de fatores psicossociais na questão por nós analisada.

O escore de MLHFQ foi utilizado para determinação da qualidade de vida. Este escore é classicamente utilizado para avaliação de pacientes com IC; 58% dos

nossos pacientes tinham IC estágio C, os demais eram considerados em estágio B conforme a classificação mais recente de IC¹⁴. O uso de outros escores de qualidade de vida, com foco mais amplo, que abordem questões psicológicas e sociais além dos aspectos funcionais (mais elaborados no MLHFQ), são mais apropriados para estudos relacionados à R/E, e abre perspectivas para estudos futuros.

Por fim, consideramos ainda, uma limitação o fato de termos optado exclusivamente pela abordagem quantitativa: durante a aplicação dos questionários, percebemos que os pacientes, em sua maioria, recebiam bem a pesquisa, elogiavam a iniciativa e com entusiasmo, falavam de suas experiências espirituais, no curso do adoecimento e durante a reabilitação. Uma abordagem qualitativa em estudos futuros pode trazer informações complementares de valor.

Conclusões

Em uma coorte de pacientes cardiopatas acompanhados em Programa de RCV, e indo de encontro a nossa hipótese operacional, os Ganhos Funcional e em Qualidade de Vida não se associaram a Religiosidade Organizacional, Não Organizacional ou Intrínseca, medidas pela escala P-DUREL. Os pacientes apresentaram índice médio de RO, elevados índices de RNO e RI, mas estes não tiveram impactos na aderência ou nos resultados obtidos no programa. Mais estudos nesta área se fazem necessários.

O trabalho foi financiado pelos próprios autores

Agradecimentos

À equipe do Centro de Cardiologia do Exercício e ao Centro de Estudos em Cardiologia do Hospital Córdio Pulmonar

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Mortality and global health estimates. [publicação online]; 2017 [acesso em 15 de outubro de 2020]. Global Health Observatory. Disponível em: http://www.who.int/gho/mortality_buden_disease/en/
2. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):943-987.
3. Herdy AH, López-Jimenez F, Terzic CP, Milani M, Stein R, Carvalho T; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2014; 103(2Supl.1): 1-31.
4. DB Précoma, GMM Oliveira, AF Simão, OP Dutra, OR Coelho, MCO Izar; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Arq Bras de Cardiol. 2019; 113 (4), 787-891
5. Nadarajah S, Berger A M, Thomas S A. Current Status of Spirituality in Cardiac Rehabilitation Programs: a review of literature. J Cardiopulmonary Rehab and Prev. 2013; 33:135-143.
6. Herdy AH, Ritt LE, Stein R, Araújo C, Milani M, Meneghelo RS, et al. Teste de exercício cardiopulmonar: antecedentes, aplicabilidade e interpretação. Arq Bras Cardiol. 2016; 107 (5): 467–481.
7. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Arq Bras Cardiol. 2009 Jul;93(1):39-44.
8. Puchalski CM, Robert VHSK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care. J Palliative Med. 2014; 17(6):642-656.

9. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012 Dec 16;2012:278730.
10. Taunay TCD'E, 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(4): 130-135.
11. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2012; 51 (2): 579-86. doi: 10.1007 / s10943-010-9429-5.
12. Vignola RCB, Tucci, A M, Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*. 2014;155:104–109.
13. PNAD – IBGE <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403> Acesso em: 18 de nov. 2020.
14. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, Colafranceschi AS, et al. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq. Bras. Cardiol*. 2018;111(3):436-59.

ANEXOS**Anexo A - Questionários da Pesquisa****IDENTIFICAÇÃO**

Nome

Idade

Gênero F () M () Registro no Serviço de Reabilitação

Data de Início no Programa de Reabilitação

Diagnóstico Atual

Internamento (s) no último ano Sim () Não () Período(s) do(s)

Diagnóstico(s) Procedimento (s) realizado (s)

Anexo B - P- DUREL – Duke Religious Index (Versão Brasileira)

INSTRUÇÃO: Para as duas questões que se seguem, por favor, marque apenas uma alternativa

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

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

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

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

INSTRUÇÃO: A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, marque a opção que corresponde a 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
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

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

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

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

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

Anexo C - MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE (MLHFQ) EM PORTUGUÊS.

Durante o último mês seu problema cardíaco o impediu de viver como você queria por quê?

1. Causou inchaço em seus tornozelos e pernas ()
2. Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia ()
3. Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil ()
4. Tornando seu trabalho doméstico difícil... ()
5. Tornando suas saídas de casa difícil... ()
6. Tornando difícil dormir bem a noite ()
7. Tornando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difícil ()
8. Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil... ()
9. Tornando seus passatempos, esportes e diversão difícil... ()
10. Tornando sua atividade sexual difícil ()
11. Fazendo você comer menos as comidas que você gosta ()
12. Causando falta de ar ()
13. Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia ()
14. Obrigando você a ficar hospitalizado ()
15. Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos ()
16. Causando a você efeitos colaterais das medicações ()
17. Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos ()
18. Fazendo você sentir uma falta de auto controle na sua vida ()
19. Fazendo você se preocupar ()
20. Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas ()
21. Fazendo você sentir-se deprimido ()

Não	Muito Pouco				Demais
0	1	2	3	4	5

Anexo D - DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21)

Identificação

Nome _____ RG: _____

Data _____

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil

Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo

3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
2	Senti minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar sem ter feito nenhum esforço)	0	1	2	3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
11	Senti-me agitado	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
15	Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
20	Senti medo sem motivo	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo E – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL SANTA IZABEL -
SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DA BAHIA /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação do envolvimento espiritual com ganho funcional e qualidade de vida de pacientes cardiopatas em programa de reabilitação cardiovascular

Pesquisador: Luiz Eduardo Fonteles Ritt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 93010218.3.0000.5520

Instituição Proponente: Instituto Cardiopulmonar da Bahia LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.793.611

Apresentação do Projeto:

Associação do Envolvimento Espiritual com Ganho Funcional e Qualidade de Vida de Pacientes Cardiopatas em Programa de Reabilitação Cardiovascular.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a associação do envolvimento espiritual/religioso de pacientes acompanhados em um Programa de Reabilitação Cardiovascular com Ganho Funcional e Melhoria de Qualidade de Vida.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Descrever o grau de envolvimento espiritual/religioso de pacientes acompanhados em um Programa de Reabilitação Cardiovascular.

Descrever a distribuição na população em questão, de três dimensões da espiritualidade/religiosidade: Organizacional, Não organizacional ou Intrínseca.

Avaliar a presença e o grau de Ansiedade e Depressão população estudada.

Avaliar possível associação de Ansiedade e Depressão com envolvimento espiritual/religioso, na população estudada.

Avaliar a associação de situações traumáticas decorrentes de doenças cardiovasculares com

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, nº 500

Bairro: Nazaré

CEP: 40.050-410

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2203-8362

Fax: (71)2203-8586

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -
SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DA BAHIA /



Continuação do Parecer: 2.793.611

espiritualidade/religiosidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todos os participantes receberão informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICEA).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de coorte ambispectivo. Pacientes acompanhados em um Programa de Reabilitação Cardiovascular serão submetidos a um questionário validado Índice de Religiosidade (DUREL). Este questionário aborda o nível de religiosidade/espiritualidade nos aspectos “Organizacional”, “Não Organizacional” e “Intrínseco”, sendo composto por cinco questões de múltipla escolha (ANEXO A). De acordo com o protocolo clínico do programa local, todos os pacientes são avaliados no início e após um período mínimo de três meses, do ponto de vista clínico e funcional e têm mensurado um escore de qualidade de vida. Ao longo do acompanhamento, os pacientes realizam exercícios físicos supervisionados, em sessões de uma hora de duração, três vezes por semana ou mais, compostas de fase de aquecimento, fase de exercício aeróbico, fase de exercícios resistidos e fase de desaquecimento. Todo o programa é realizado em unidade exclusiva para esta finalidade, devidamente equipada, e conduzido por equipe multidisciplinar composta por Médico especializado em Cardiologia do Exercício e Fisioterapeuta, no prédio do Centro Médico do Hospital Córdio Pulmonar, localizado na Rua Ponciano Oliveira, 157 - Ed. Garibaldi Empresarial - Rio Vermelho - Salvador – BA.

Após um mínimo de três meses de acompanhamento, os pacientes são submetidos a uma reavaliação global com a realização de nova avaliação médica e de novo teste cardiopulmonar, além de aplicação de escala de qualidade de vida e avaliação funcional, antropométrica e de flexibilidade pelo o fisioterapeuta. De acordo com o Ganho Funcional medido pela Variação no Consumo de Oxigênio no Pico do Esforço e por Ganho em Qualidade de Vida, aferido através de redução na pontuação do Escore de Minnesota (ANEXO A), os pacientes serão divididos em 2 grupos a saber: “Respondedores” e “Não Respondedores”.

Os níveis de Religiosidade/Espiritualidade nos aspectos “Organizacional”, “Não Organizacional” e “Intrínseco” serão comparados entre os grupos. Ademais, será feita análise de correlação entre o Ganho Funcional e o Ganho em Qualidade de Vida, com o nível de Religiosidade/Espiritualidade em cada espectro supracitado.

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, n° 500
Bairro: Nazaré **CEP:** 40.050-410
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)2203-8362 **Fax:** (71)2203-8586 **E-mail:** cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -
SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DA BAHIA /



Continuação do Parecer: 2.793.611

Inventários de Beck para avaliação da Depressão e Ansiedade serão aplicados para fins de controle, por Psicólogo do Hospital Córdio Pulmonar.

POPULAÇÃO

O estudo será baseado na população de pacientes matriculados e ativos no Programa de Reabilitação do Hospital Córdio Pulmonar da Bahia, que tenham cumprido os critérios de inclusão e exclusão e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram se adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta evidências de ilícitos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. PARECER FINAL: A Plenária do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueirôa-Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, aprova o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com as Resoluções 466/12 e 251/97.

2. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

No período de vigência do protocolo de pesquisa aprovado deverá ser apresentado ao CEP Prof. Dr. Celso Figueirôa o envio do relatório semestral da pesquisa e o relatório final na conclusão do projeto.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, n° 500

Bairro: Nazaré

CEP: 40.050-410

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2203-8362

Fax: (71)2203-8586

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

HOSPITAL SANTA IZABEL -
SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DA BAHIA /



Continuação do Parecer: 2.793.611

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1143805.pdf	05/07/2018 09:30:48		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_do_Pesquisador_cumprimento_resolucao466.pdf	11/06/2018 14:22:51	QUEILA BORGES DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/06/2018 14:22:41	QUEILA BORGES DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	11/06/2018 14:22:33	QUEILA BORGES DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_ATUALIZADO.docx	11/06/2018 14:22:24	QUEILA BORGES DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_25_05_18.pdf	25/05/2018 11:30:28	QUEILA BORGES DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	25/05/2018 11:30:18	QUEILA BORGES DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_autorizacao_institucional_CardioPulmonar.pdf	24/05/2018 16:13:57	QUEILA BORGES DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 01 de Agosto de 2018

Assinado por:

**Marcos Antônio Almeida Matos
(Coordenador)**

Endereço: Praça Conselheiro Almeida Couto, n° 500

Bairro: Nazaré

CEP: 40.050-410

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)2203-8362

Fax: (71)2203-8586

E-mail: cephsi@santacasaba.org.br

Anexo F – Comprovante de submissão do artigo intitulado: Espiritualidade, ganho funcional e qualidade de vida em reabilitação cardiovascular, nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

----- Forwarded message -----

De: ABC Cardiol Admin <onbehalf@manuscriptcentral.com>

Date: seg., 6 de set. de 2021 às 20:51

Subject: Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Manuscript ID/ID do Manuscrito ABC-2021-0769

To: <rosariovonflach@gmail.com>

Cc: <rosariovonflach@gmail.com>, <fabiojunior14.1@bahiana.edu.br>, <marina.vonflach.mvf@gmail.com>, <cec@cardiopulmonar.com.br>, <anamarice@bahiana.edu.br>, <marioseixas@bahiana.edu.br>, <luizritt@hotmail.com>, <lefr@cardiol.br>, <rstein@cardiol.br>

Dear Dr(a). VON FLACH:

Your manuscript entitled "ESPIRITUALIDADE, GANHO FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Your manuscript ID is ABC-2021-0769.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/abc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/abc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Sincerely,

Editorial Office

Arquivos Brasileiros de Cardiologia

Prezado(a) Dr(a). VON FLACH:

Seu manuscrito intitulado "ESPIRITUALIDADE, GANHO FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR" foi submetido online com sucesso e está sendo considerado para publicação nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Seu ID do Manuscrito é ABC-2021-0769.

Por favor, mencione o ID do Manuscrito acima em toda futura correspondência ou chamada telefônica para questionamento. Se houver alguma alteração em seu endereço ou e-mail, por favor faça login em Manuscritos ScholarOne em <https://mc04.manuscriptcentral.com/abc-scielo> e altere sua informação de usuário de acordo.

Você também pode verificar o status de seu manuscrito a qualquer momento na Central do Autor logando em <https://mc04.manuscriptcentral.com/abc-scielo>.

Obrigado por submeter seu manuscrito para os Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Atenciosamente,

Secretaria Editorial

Arquivos Brasileiros de Cardiologia