

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (CNPq)

**ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM HOSPITAL DO RECIFE**

Espiritualidade e qualidade de vida

SPIRITUALITY, RELIGIOSITY AND QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSIVE AND
DIABETIC PATIENTS FROM A HOSPITAL IN RECIFE

ESPIRITUALIDAD, RELIGIOSIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSOS Y
DIABÉTICOS EN EL HOSPITAL DE RECIFE

Gabriela de Paula Lopes Brito, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, Arturo de Pádua Walfrido Jordan, Bruna Almeida Andrade Velloso, Maria Eduarda Farias Barbosa, Vera Azevedo Bérnago Barrêto, Rafaela Siqueira Duarte Ribeiro, Sophia Barreto Tenório Luna.

Recife

Agosto de 2019

DADOS DO ORIENTADOR:

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Tutor do curso de Psicologia e da pós-graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde; Coordenador da especialização em Neuropsicologia e do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde.

Telefone: (81) 99245-1890.

E-mail: leopoldopsi@gmail.com

DADOS DO CO-ORIENTADOR:

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Médico formado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com residência médica em Medicina de Família e Comunidade pelo Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira – IMIP; Mestre em Educação na Área de Saúde; Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde; Coordenador Geral das Residências em Saúde do Recife.

Telefone: (81) 9 9971 2961

E-mail: arturojordan@fps.edu.br

DADOS DA ALUNA AUTORA:

Gabriela de Paula Lopes Brito

Graduanda do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 992585151. E-mail: gabrielabrito602@gmail.com

DADOS DOS ALUNOS COLABORADORES:

1 Maria Eduarda Farias Barbosa

Estudante do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 988310668. E-mail: dudafbarbosaa@gmail.com

2 Vera Azevedo Bérغامo Barrêto

Estudante do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 998474571. E-mail: verabergamo5@hotmail.com

3 Bruna Almeida Andrade Velosso

Estudante do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 999247714. E-mail: brunaaveloso@gmail.com

4 Rafaela Siqueira Duarte Ribeiro

Estudante do 8º período do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 997360308. E-mail: raafa.duarte@hotmail.com

5 Sophia Barreto Tenório Luna

Estudante do 8º período do curso de Medicina da UNINASSAU. Telefone: (81) 971217543. E-mail: sophia_bt@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A relação entre espiritualidade/religiosidade (E/R) e o processo saúde-doença se faz de longa data, sendo necessário diferenciar esses conceitos, visando a inserção deles nas práticas clínicas. A religiosidade é um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, tendo características comportamentais, sociais e valorais específicas. Já a espiritualidade é vista como a busca individual do sentido da vida. Ainda, a relação da E/R com a qualidade de vida é bem estabelecida, sendo, essa última, entendida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Observa-se, também, a relação positiva desses conceitos com as doenças crônicas, havendo diminuição da mortalidade em geral e melhor acompanhamento dessas enfermidades. **Objetivo:** Avaliar a associação entre E/R e qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica. **Método:** Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, com metodologia mista, quantitativa e qualitativa, com amostra constituída por pacientes diagnosticados nos Ambulatórios de Hipertensão e Diabetes de um centro médico de Recife. A coleta foi dividida em quantitativa, a qual utilizou três instrumentos de avaliação (escalas de Duke-DUREL, WHOQOL-BREF, SSRS), e qualitativa, em que foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado. A análise foi realizada pelos programas *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 13.0 e Excel 2010, assim como pela análise de conteúdo segundo Minayo. A pesquisa foi aprovada pelo CEP do IMIP sob o parecer 2.890.126. **Resultado:** Todos os quatro domínios da escala de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) apresentaram relação positiva ao se correlacionarem com a escala de religiosidade (DUREL), tendo significância estatística apenas a relação entre religiosidade organizacional e o domínio meio ambiente. Ainda, quando correlacionada à escala de espiritualidade (SSRS), a WHOQOL-BREF obteve uma relação positiva, exceto no domínio físico, porém nenhum valor foi estatisticamente significativo. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou relação positiva entre qualidade de vida, espiritualidade/religiosidade e saúde na amostra utilizada, corroborando com achados da literatura que demonstram resultados semelhantes. Dessa forma, pode ser mais uma fonte de consulta para futuros estudos no sentido de demonstrar a importância da abordagem e estímulo da espiritualidade nos pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Assim, é considerado inovador por fazer essa associação em hipertensos e diabéticos, contribuindo para demonstrar a importância da abordagem e estímulo da espiritualidade nesses pacientes.

Palavras-chave: espiritualidade, qualidade de vida, hipertensão.

ABSTRACT

Introduction: The relation between spirituality/religiosity (S/R) and the health-disease process is long known, and it is necessary to distinguish these concepts in order to consider them in medical practice. Religions are systems of cults and doctrines shared by groups, and they have a set of specific behaviors, social characteristics and principles. Spirituality, on the other hand, is one's individual pursue of the meaning of life. The relation between S/R with one's quality of life is well established, and the latter is defined by the World Health Organization "an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns." Moreover, it should be noted that there is a positive relation between these concepts and chronic diseases, meaning that they lead to a decrease in the overall mortality rate and to improvement in these conditions. **Aim:** To examine the association between S/R and the quality of life of patients who suffer from diabetes and/or systemic arterial hypertension. **Methods:** An exploratory and descriptive study using the qualitative and the quantitative approaches was conducted considering patients from a hypertension and diabetes clinic from a medical center in Recife, Pernambuco - Brazil. Data collection was divided according to each approach: the quantitative one - using three assessment tools (DUREL, WHOQOL-BREF and SSRS scales) - and the qualitative one, in which a semi-structured survey was used. Data was analysed by the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versions 13.0 and Excel 2010. The research was approved by the Ethics Committee (protocol 2.890.126). **Results:** All of the four domains of the quality of life scale (WHOQOL-BREF) showed a positive relation with the religiosity scale (DUREL), and it was only statistically relevant with regards to the relation between organizational religiosity and the environment. Also, when correlated to the spirituality scale, WHOQOL-BREF obtained a positive relation, except for the physical domain, but there were no statistically relevant numbers. **Conclusion:** this study showed a positive relation between quality of life, spirituality/religiosity and health, which corroborates other findings in the existing literature that show similar results. This way, it is considered innovator for doing the association with hypertensives and diabetics, as it demonstrates the importance of this approach in that it fosters spirituality in those patients.

Key-words: spirituality, quality of life, hypertension.

RESUMEN

Introducción: La relación entre espiritualidad / religiosidad (E / R) y el proceso salud-enfermedad es de larga duración, por lo que es necesario diferenciar estos conceptos, con el objetivo de su inserción en las prácticas clínicas. La religiosidad es un sistema de adoración y doctrina que es compartido por un grupo, que tiene características comportamentales, sociales y de valores específicos. Por otro lado, la espiritualidad es vista como la búsqueda individual del sentimiento de la vida. Aun así, la relación entre E / R con la calidad de vida está bien establecida, entendiéndose esta última como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones ". También existe una relación positiva entre estos conceptos y las enfermedades crónicas, con una reducción en la mortalidad general y un mejor monitoreo de estas enfermedades. **Objetivo:** evaluar la asociación entre E / R en la calidad de vida de pacientes con diabetes y / o hipertensión arterial sistémica. **Método:** se realizó un estudio exploratorio descriptivo con una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, con una muestra compuesta por pacientes diagnosticados en los ambulatorios de hipertensión y diabetes de un centro médico en Recife. La colección se dividió en cuantitativa, que utilizó tres instrumentos de evaluación (DUREL, WHOQOL-BREF, SSRS), y cualitativa, en la que se utilizó una entrevista semiestructurada. El análisis fue realizado por los programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en la versión 13.0 y Excel 2010. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética, véase el dictamen 2.890.126. **Resultado:** los cuatro dominios de la escala de calidad de vida (WHOQOL-BREF) se relacionaron positivamente al correlacionarse con la escala de religiosidad (DUREL), existiendo una relevancia estadística solo en la relación entre la religiosidad organizacional y el dominio del medio ambiente. Aun así, cuando se correlacionó con la escala de espiritualidad, el WHOQOL-BREF tuvo una relación positiva, excepto en el dominio físico, pero ningún valor fue estadísticamente significativo. **Conclusión:** El presente estudio demostró una relación positiva entre calidad de vida, espiritualidad / religiosidad y salud en la muestra utilizada, corroborando con los hallazgos en la literatura que muestran resultados similares. Por lo tanto, puede ser otra fuente de consulta para futuros estudios con el fin de demostrar la importancia de abordar y estimular la espiritualidad en pacientes hipertensos y / o diabéticos.

Palabras clave: espiritualidad, calidad de vida, hipertensión.

INTRODUÇÃO

A relação entre espiritualidade/religiosidade (E/R) e o processo saúde-doença se faz de longa data^{1,2}. No século XXI, esse assunto se tornou tema de vários trabalhos científicos^{3,4} trazendo à tona o conceito da chamada “Espiritualidade baseada em evidência”. Nesse contexto, foram estudados os mecanismos pelo qual a fé levaria a desfechos clínicos favoráveis e de que forma os médicos deveriam abordar esse assunto na prática médica⁵.

Dessa forma, faz-se necessário diferenciar os conceitos de espiritualidade e religiosidade, visando a inserção deles nas práticas clínicas. A religiosidade é um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas^{2,6,7}, podendo ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão)¹. Já a espiritualidade, derivada do latim *spiritus*, significa “a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo”⁸ e é definida como a busca individual do sentido da vida e sua relação com o transcendente, podendo ou não incluir uma atividade religiosa^{1,2,9}.

A relação da E/R com a saúde e qualidade de vida já é bem estabelecida, com a realização, nas últimas décadas, de vários estudos nessa linha de pensamento que comprovam a associação^{10,11,12}. A qualidade de vida, por outro lado, é um difícil conceito a se definir, tendo a Organização Mundial de Saúde (OMS) padronizado como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Como tentativa de avaliar qualitativamente esse aspecto, o *World Health Organization Instrument To Evaluate Quality Of Life* (WHOQOL), questionário da OMS, leva em consideração a opinião do paciente sobre seu grupo de apoio, saúde, satisfação com o a própria pessoa, sono, aparência física, concentração, vida sexual, amizades e tudo que está no seu contexto social¹³.

Hoje, sabe-se que há alterações fisiológicas em indivíduos religiosos e espiritualizados, como a redução da concentração de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e cortisol séricos, além da elevação de ácido gama-aminobutírico (GABA), serotonina e dopamina. Ocorre também um aumento da ativação do córtex pré-frontal, levando a uma maior eficiência e interatividade do sistema hipotálamo-hipófise-adrenal. Essas alterações levam a uma menor resposta corporal ao estresse, e, por isso, pessoas espiritualizadas ou religiosas tendem a sofrer menos com isso, havendo liberação de substâncias antálgicas. Assim, há melhoria da sintomatologia dolorosa, diminuição da pressão arterial sistólica e das frequências cardíaca e respiratória^{8, 14,15}.

Em diversos estudos são ressaltados benefícios da E/R. Observa-se, por exemplo, a relação positiva da E/R com a debilidade física, doenças do coração, função imune, neuroendócrina e câncer, havendo diminuição da mortalidade em geral¹⁶, menor taxa de hospitalização, melhor acompanhamento da doença e maior adesão ao tratamento proposto¹⁷. Nesse contexto, é percebido o impacto positivo da E/R em pacientes com doenças terminais⁸ que remetem ao medo da morte na população, como o câncer.^{18,7}.

A prevalência da diabetes e hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Brasil é elevada e, em 2013, 6% e 21%, respectivamente, da população nacional estava acometida. Dessa forma, e sabendo que o Brasil é um dos países mais religiosos do mundo, com cerca de 87% dos habitantes afirmando a importância da religião nas suas vidas¹⁶, nota-se a necessidade de se avaliar tal relação. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre E/R e a qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes e/ ou hipertensão arterial sistêmica.

MÉTODO

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, com metodologia mista quantitativa e qualitativa no período de Agosto de 2018 a Agosto de 2019. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos no IMIP sob o CAAE: 94642518.1.0000.5201 e parecer 2.890.126.

A população do estudo foi constituída por pacientes com diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica consultados nos Ambulatórios de Diabetes e HAS de um centro médico de Recife que atende o Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta foi dividida em duas etapas. A primeira, quantitativa, em que após a explicação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, os pesquisadores coletaram informações epidemiológicas (sexo, idade, escolaridade, profissão, renda familiar, estado civil e religião) e utilizaram três instrumentos de avaliação. Para a qualidade de vida, foi utilizado o WHOQOL – BREF da OMS, composto por 26 questões, divididas em domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Nesse instrumento, o resultado é avaliado pela média de cada um dos domínios (1 a 5), sendo, posteriormente, convertido para uma escala de 0 a 100 e, por fim, analisado¹⁹. O segundo instrumento utilizado foi a Escala de Duke-DUREL, a qual possui 5 questões que captam 3 dimensões de religiosidade relacionadas a desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI); os dois primeiros, referem-se ao suporte social do entrevistado, enquanto a última dimensão, à crença e a experiências religiosas. O terceiro questionário aplicado foi a *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS), composto por 6 itens no formato *likert* variando de 1 (concordo muito) a 5 (discordo totalmente), o qual avalia a importância da espiritualidade para o entrevistado, assim como seu esforço e nível de fé.

A segunda parte da coleta englobou a parte qualitativa. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado construído pelos pesquisadores com perguntas gatilhos sobre os temas: definição de espiritualidade e religiosidade; influência da E/R na saúde e qualidade de vida; e abordagem médica quanto ao tema. Posteriormente, o conteúdo obtido foi categorizado e analisado segundo a proposta de *Minayo*.

As informações obtidas durante o período de coleta foram armazenadas no banco de dados do programa Microsoft Excel 2010. Os dados foram analisados com auxílio dos Softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 13.0 para Windows e o Excel 2010. O nível de significância adotado foi de $p < 5\%$ ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 40 pacientes, com média de idade de 59.4 anos (de 30 a 86 anos), sendo 24 mulheres (60.0%) e 16 homens (40.0%). Quanto ao estado civil, a maioria da amostra (55.0%) afirmou ser casada ou inserida em união estável. Com relação ao nível de escolaridade, foi visto que cerca de 14 pacientes (35.0%) possuía ensino médio completo e 6 (15.0%), ensino superior. A atividade laboral predominante foi o exercício de ocupações domésticas (37.5%). A maior parte da renda mensal dos participantes era limitada a um salário mínimo (47.5%). Em relação ao número de filhos, foram obtidos valores entre 0 e 12, média de 2.7, com a maioria (72.5%) variando entre um e três filhos. Quase a totalidade dos pacientes declarou praticar a religião evangélica (45.0%) ou católica (40.0%). Os dados epidemiológicos estão distribuídos na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de frequência da caracterização epidemiológica dos pacientes Diabéticos e/ou Hipertensos consultados no Centro Médico em Recife que atende pelo SUS.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	24	60
Masculino	16	40
Estado Civil		
Solteiro	9	22.5
Casado / União Estável	22	55
Divorciado	5	12.5
Viúvo	4	10
Escolaridade		
Analfabeto	1	2.5
Ens. Fund. Incomp.	13	32.5
Ens. Fund. Comp.	6	15
Ens. Médio Comp.	14	35
Ens. Superior	6	15
Profissão		
Doméstico	15	37.5
Aposentado	11	27.5
Desempregado	4	10
Outros	10	25

Renda		
Menos de 1 salário mínimo	8	20
1 salário mínimo	19	47.5
2-5 salários	13	32.5
>5 salários	0	0
Religião		
Evangélica/Protestante	18	45
Católica	16	40
Sem religião	3	7.5
Outros	3	7.5

Entre os 6 itens da SSRS (Tabela 2), na amostra avaliada, foi visto que 2 (5.0%) pacientes discordaram completamente com o fato de ser importante passar um tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações. Contudo, foi observado que 21 pacientes (52.5%) concordaram totalmente com essa premissa. Já em relação ao esforço para viver a vida de acordo com as crenças religiosas, 21 pacientes (52.5%) concordaram muito que se esforçam bastante para isso. Em contrapartida, 3 (7.5%) discordaram totalmente.

Um total de 25 (62.5%) pacientes concordaram totalmente que as orações ou pensamentos espirituais individuais são tão importantes quanto os que teriam durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais e apenas 2 participantes (5.0%) discordaram totalmente disso. Além disso, 19 (47.5%) pacientes concordaram muito que gostam de ler sobre sua espiritualidade e/ou religião.

Foi identificado que 2 participantes (5.0%) discordaram totalmente com a premissa de que a espiritualidade ajuda a manter a vida mais estável e equilibrada. Em contraponto, 25 (62.5%) concordaram muito com isso. Cerca de 21 (52.5%) pacientes concordaram totalmente com o fato de a vida toda deles ser baseada na sua espiritualidade e apenas 3 (7.5%) discordaram totalmente dessa afirmação.

Na amostra avaliada, a média do escore de orientação espiritual foi de 24.75 (DP=5.24), 7 pacientes (17.5%) obtiveram pontuação máxima e nenhum, mínima. Ao comparar as escalas de DUREL e SSRS, obteve-se correlação positiva entre a SSRS e RNO ($p=0.0001$), bem como entre SSRS e RI ($p=0.0005$).

Na mensuração da qualidade de vida (WHOQOL-BREF), o maior escore médio obtido foi no domínio psicológico (61.67), seguido pelos domínios físico (51.16), meio ambiente (49.37) e social (46.25).

Todos os domínios da WHOQOL-BREF apresentaram relação positiva ao se correlacionar com a escala de DUREL, entretanto apenas a relação entre RO e

domínio meio ambiente obteve valor significativo ($p=0.0391$). Também foi encontrada uma relação positiva quando as escalas de SSRS e WHOQOL-BREF foram correlacionadas, exceto o domínio físico, entretanto nenhum valor foi estatisticamente significativo.

Tabela 2 – Frequência de respostas dos pacientes Diabéticos e/ou Hipertensos atendidos em um Centro Médico em Recife na escala SSRS

Questão: É importante, para mim, passar tempo com pensamentos espirituais particulares e meditações.	N (40)	N (%)
1. Concordo muito	21	52,50
2. Concordo	13	32,50
3. Concordo parcialmente	2	5
4. Discordo	2	5
5. Discordo totalmente	2	5
Questão: Esforço-me muito para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas.		
1. Concordo muito	21	52,50
2. Concordo	10	25
3. Concordo parcialmente	4	10
4. Discordo	2	5
5. Discordo totalmente	3	7,50
Questão: As orações ou os pensamentos espirituais que tenho quando estou sozinho são tão importantes para mim quanto os que teria durante cerimônias religiosas ou reuniões espirituais.		
1. Concordo muito	25	62,50
2. Concordo	7	17,50
3. Concordo parcialmente	2	5
4. Discordo	4	10
5. Discordo totalmente	2	5
Questão: Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião.		
1. Concordo muito	19	47,50
2. Concordo	8	20
3. Concordo parcialmente	6	15
4. Discordo	3	7,50

5. Discordo totalmente	4	10
Questão: A espiritualidade ajuda a manter minha vida estável e equilibrada, da mesma forma que a minha cidadania, amizades e sociedade o fazem.		
1. Concordo muito	25	62,50
2. Concordo	9	22,50
3. Concordo parcialmente	4	10
4. Discordo	0	0
5. Discordo totalmente	2	5
Questão: Minha vida toda é baseada em minha espiritualidade.		
1. Concordo muito	21	52,50
2. Concordo	6	15
3. Concordo parcialmente	6	15
4. Discordo	4	10
5. Discordo totalmente	3	7,50

Em relação à Escala DUREL (Tabela 3), no que se refere à RO, foi visto que 30.0% dos entrevistados frequentam instituições religiosas mais de uma vez por semana e o mesmo percentual frequenta uma vez por semana. Quando avaliada a RNO, foi verificado que 50.0% dos pacientes se dedicam diariamente a atividades religiosas individuais e 32.5% dos entrevistados as realizam mais de uma vez ao dia.

Quando foram perguntados sobre a RI, 77.5% afirmaram ser totalmente verdade sentir a presença de Deus ou do Espírito Santo em suas vidas; em contrapartida, apenas 2.5% relataram não ser verdade. Na segunda pergunta da RI, quando questionados "se suas crenças religiosas estão realmente por trás de toda sua maneira de viver", 75.0% responderam que isto era totalmente verdade para eles, enquanto 5.0% afirmaram não ser verdade. Por fim, 52.5% referiram que a frase "eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida" era totalmente verdade e 7.5% referiram não ser verdade. Ainda, em relação à religiosidade intrínseca total (RIT), os entrevistados obtiveram uma média de 13.25 pontos (DP=2.67), podendo variar de 3 (menor RI) a 15 (maior RI).

Ao relacionar as variáveis sociodemográficas à escala de DUREL, observou-se que as mulheres apresentaram um nível de religiosidade não organizacional superior quando comparadas aos homens, sendo a média dos pontos 5.375 e 4.375, respectivamente (p=0.003).

Tabela 3 – Frequências de resposta na escala de DUREL dos pacientes Diabéticos e/ou Hipertensos atendidos em um Centro Médico em Recife.

Questão: Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	Frequência	(%)
1. Mais do que uma vez por semana	12	30
2. Uma vez por semana	12	30
3. Duas a três vezes por mês	6	15
4. Algumas vezes por ano	4	10
5. Uma vez por ano ou menos	1	2.5
6. Nunca	5	12.5
Questão: 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	13	32.5
2. Diariamente	20	50
3. Duas ou mais vezes por semana	2	5
4. Uma vez por semana	4	10
5. Poucas vezes por mês	0	0
6. Raramente ou nunca	1	2.5
Questão: Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).		
1. Totalmente verdade para mim	31	77.5
2. Em geral é verdade	5	12.5
3. Não estou certo	3	7.5
4. Em geral não é verdade	0	0
5. Não é verdade	1	2.5
Questão: As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.		
1. Totalmente verdade para mim	30	75
2. Em geral é verdade	4	10
3. Não estou certo	3	7.5
4. Em geral não é verdade	1	2.5
5. Não é verdade	2	5
Questão: Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.		

1. Totalmente verdade para mim	21	52.5
2. Em geral é verdade	11	27.5
3. Não estou certo	4	10
4. Em geral não é verdade	1	2.5
5. Não é verdade	3	7.5

DISCUSSÃO

Análise quantitativa

Em relação ao perfil sociodemográfico, os resultados mostram que os participantes da pesquisa tiveram uma média de idade de 59.4 anos, sendo esse resultado semelhante a vários outros estudos em que a maior prevalência de HAS e Diabetes ocorre a partir de 40 anos^{20,21}, principalmente na faixa etária de 50 a 59 anos²². Outro fator importante de análise, é que maioria dos participantes eram do sexo feminino (60.0%), corroborando com dados de outros estudos que indicam um processo de feminização da velhice²³. De acordo com IBGE, em 2010, as mulheres representavam 55.5% da população idosa, isso se deve à maior expectativa de vida e o fato de que elas, comumente, tem um maior acompanhamento médico contínuo²⁴.

Analisando que a atividade laboral predominante foi o exercício de ocupações domésticas (37.5%), sendo essa profissão reconhecidamente de baixa remuneração, e que a renda mensal da maioria dos participantes era limitada a um salário mínimo (47.5%), é evidente que o perfil dos participantes é compatível com o perfil dos usuários do SUS, representado por indivíduos com renda mensal de até 3 salários mínimos (85.1% dos usuários)²⁵.

Por outro lado, 65.0% dos entrevistados possuíam pelo menos ensino fundamental completo, estando este dado também em concordância com o perfil dos usuários do SUS, no qual 54.0% desses tinham ensino fundamental completo²⁶. Em relação à religião, 45.0% dos participantes afirmaram ser evangélicos e 40.0%, católicos, ratificando os dados do Censo de 2010, que evidenciou essas duas religiões como as mais prevalentes no Brasil (78.4%)²⁴.

No atual estudo, a dimensão espiritual foi avaliada pela escala SSRS. Na amostra, foi visto que 21 (52.5%) pacientes concordaram completamente com o fato de ser importante passar um tempo com pensamentos espirituais particulares ou meditações, havendo apenas 8 que discordaram completamente. Essa importância é vista, na literatura, na medida em que as práticas espirituais, como crenças e atividades individuais, têm a capacidade de auxílio na focalização da esperança, além de a oração poder ser entendida como uma das principais estratégias de enfrentamento da doença, com alívio de sofrimento²⁷.

Já em relação ao esforço para viver a vida de acordo com as crenças religiosas, foi visto que 21 pacientes (52.5%) concordam muito que se esforcem bastante para isso. Em contrapartida, foi visto que 7.5% (N=3) discordam totalmente. Isso pode ser justificado, já que, de acordo com um estudo em pacientes oncológicos, a fé ou crenças pessoais representam importância máxima na vida da maioria dos participantes²⁷. Inclusive, em outra pesquisa, é visto que a maioria (57.5%) dos

pacientes com doença renal crônica estava plenamente de acordo com a ideia de que as crenças espirituais dão sentido às suas vidas²⁸.

Foi constatado que as crenças em relação à espiritualidade foram positivas quando avaliadas as pontuações gerais da escala SSRS, já que, na amostra, o escore de orientação espiritual obtido, que pode variar de 6 a 30, teve como média 24.75 (DP=5.24). Esse valor é considerado alto quando comparado ao estudo de validação da escala no Brasil^{29,30}. O dado obtido está em consonância com a literatura, que demonstrou médias de pontuação na SSRS entre pacientes hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento de 25.0 e 24.5, respectivamente³¹.

A dimensão religiosa, por sua vez, foi analisada pela escala de Duke-DUREL. No presente estudo, foi visto que 56.5% dos idosos incluídos na pesquisa frequentam a igreja, templo ou outro encontro religioso mais de uma vez por semana ou apenas uma vez na semana. Já em relação aos indivíduos com idade menor que 60 anos, foi verificado que essa quantidade é de 64.7%. Tal fato está de acordo com os resultados encontrados na literatura, que sugerem que, com o avançar da idade, os idosos tendem a diminuir a participação em encontros religiosos formais, pois se deparam com limitações físicas decorrentes de sequelas de doenças crônicas e da própria idade³².

Em contrapartida, para compensar a não frequência aos encontros religiosos presenciais, os idosos acabam dedicando mais tempo às atividades individuais³³, tendo sido observado, no presente trabalho, que 73.9% dedica o seu tempo a atividades como preces, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos, o que está em concordância com outros estudos, os quais sugerem que a importância da religião na vida destas pessoas não pode ser mensurada pelo quanto se frequenta uma igreja e sim, pelo significado atribuído às práticas religiosas individuais³².

Sabendo que a RI se relaciona a crenças, conhecimentos e atitudes relativas à experiência religiosa, bem como ao significado pessoal atribuído à religião³⁴, no presente estudo, foi observado que 77.5% dos entrevistados sentem a presença de Deus em suas vidas, 75.0% agem conforme suas crenças e 52.5% esforçam-se para viver a religião em todos os aspectos da vida. Esses dados estão em concordância com um estudo referente a religiosidade em pacientes transplantados renais³⁵, o qual evidenciou que a maioria dos participantes apresentam altos índices de religiosidade intrínseca. Com isso, pode-se inferir que os pacientes portadores de doenças crônicas apresentam uma vivência maior da religiosidade quando comparados à população geral.

No que concerne a avaliação da qualidade de vida, mensurada através do instrumento WHOQOL-BREF, o domínio psicológico obteve o maior escore médio

(61.67), seguido pelo domínio físico (51.16) e pelo domínio meio ambiente (49.37). O domínio social, entretanto, obteve o menor escore médio (46.25), contribuindo de forma menos positiva para qualidade de vida da amostra. Apenas os domínios psicológico e físico expressaram valores acima de 50, demonstrando percepções positivas acerca da qualidade de vida. O resultado obtido não está em consonância com um estudo realizado em pacientes diabéticos e hipertensos acompanhados por equipe de saúde da família, no qual demonstrou positividade em todos os domínios de qualidade de vida e teve o âmbito social como o domínio de maior escore médio (71.38)³⁶.

Seguindo a mesma tendência, em outro estudo realizado em pacientes hipertensos e diabéticos, a avaliação do aspecto social contribuiu com maior média (69.33), apesar do domínio psicológico expressar valor de escore médio aproximado (69.11). O baixo escore do domínio social, no presente estudo, sugere a falta de apoio dos familiares e demais pessoas que convivem com pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, visto que há novos hábitos de vida que devem ser respeitados e estimulados³⁷. Os divergentes resultados expressam o caráter subjetivo da qualidade de vida, que depende do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais de cada indivíduo³⁸.

Análise qualitativa

Após escuta, transcrição e leitura exaustiva do material, as falas foram divididas em três categorias e subcategorias seguindo o encadeamento dos fatos e ideias relatadas: Compreensão de Espiritualidade, Influência da Espiritualidade na Qualidade de Vida e Abordagem da Espiritualidade e/ou Religiosidade no Âmbito de Consultas Médicas.

A categoria Compreensão de Espiritualidade foi subdividida em três subcategorias: a) Espiritualidade associada à religião; b) Espiritualidade associada a uma crença em um Deus; c) Espiritualidade associada a um propósito.

No presente estudo, no que concerne a Espiritualidade associada à religião, destacam-se as seguintes falas:

“Espiritualidade é de qualquer religião, é você se sentir bem.” P9

“Uma pessoa espiritual tem necessidade... de compreender o que significa religião.” P12

A fim de que se insira nas práticas clínicas noções de espiritualidade, é de extrema importância que seja distinguida de religião e de religiosidade. Assim, entende-se que religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o sagrado e transcendente (Deus,

força superior ou verdade absoluta); religiosidade, por sua vez, é um sistema de culto e doutrina compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas^{2,7}.

Espiritualidade, derivada do latim *spiritus*, significa “a parte essencial da pessoa que controla a mente e o corpo”. Entende-se isso como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida das pessoas^{8,39}. A espiritualidade é uma definição mais ampla, que consiste na busca individual do sentido da vida e sua relação com o transcendente, podendo ou não incluir uma atividade religiosa^{1,9,39}.

Nesse contexto, a espiritualidade não possui um conceito consensual na literatura científica, abrangendo formas de ver o transcendente e o místico, além de, para alguns pesquisadores, estar intimamente ligada a práticas e crenças religiosas individuais⁴⁰. Ainda, pode-se definir a espiritualidade sob a percepção sócio-psicológica, como o componente supernatural da religião, uma qualidade transcendente que atravessa as dimensões centrais da religiosidade⁴¹.

Em se tratando da Espiritualidade associada a uma crença em Deus, na pesquisa, destacam-se as seguintes falas:

“Espiritualidade é aquele que crê em Deus. Uma pessoa espiritualizada é uma pessoa que crê em Deus, que tem um espírito, uma alma limpa. Que crê em Deus, que faz as coisas boas. E uma pessoa religiosa é mesma coisa.” P32

“Espiritualidade, eu acho que também é a pessoa crer em Deus, eu acho que ele acredita que Deus existe.” P31

Algumas definições de espiritualidade são centradas em conteúdos sagrados ou componentes que geralmente abrangem fenômenos divinos ou relacionados a Deus, de forma a associar a teoria científica à teologia⁴¹.

Para Koenig (2012), a espiritualidade é particular pela conexão com o sagrado, com o transcendente. Ainda, o transcendente é definido como aquilo que está fora do “self”, sendo chamado de Deus nas tradições ocidentais. Há uma íntima relação com a religião organizada, estendendo-se além dela e incluindo o caminho de busca pelo transcendente. Assim, a definição de espiritualidade pode ser muito semelhante à religião, podendo ocorrer sobreposição entre os conceitos². Ainda, Wuthnow atribuiu a espiritualidade a crenças e atividades individuais com objetivo de relacionar a vida a Deus ou algum outro conceito de transcendência⁴².

No que concerne a Espiritualidade associada a um propósito, destacam-se as seguintes falas:

“E espiritualidade, pra mim, é a gente ter a convicção de que a que aquele caminho, que a gente tá seguindo, é o que Deus quer, é o que Ele quer.” P33

“Espiritualidade é o amor ao próximo.” P24

Para Seicol (1997), a espiritualidade tem dois lados, a necessidade do bem-estar espiritual interno e os processos externos que se conectam ao mundo. Assim, o bem-estar espiritual está relacionado à busca de um senso individual de sentido à vida, valores e propósitos em relacionamentos, havendo conexão com a família, comunidade, sociedade e ao mundo⁴³.

Neste sentido, Puchalski (2006) coloca que espiritualidade pode ser entendida como busca de significado, seja por sua relação com Deus ou com a arte, natureza, música ou família, qualquer aspecto que dê à pessoa sentido e propósito na vida. Desse modo, o paciente entende seu sofrimento por meio da dimensão espiritual de sua vida, ressignificando o sentimento com objetivo de obter algum sentido e, por fim, melhorando sua forma de lidar com a situação^{44,45}.

A categoria Influência da Espiritualidade na Qualidade de Vida foi subdividida em duas subcategorias: a) Espiritualidade e Otimismo; b) Espiritualidade e Resiliência.

No que concerne a Espiritualidade e Otimismo destacam-se as seguintes falas:

“Minha vida melhora, você tem uma visão melhor das coisas, tem mais fé, não fica com aquele pessimismo, que acha que vai dar errado, as que tem fé, acham que tudo vai dar certo se for para dar certo, Jesus tá comigo.” P1

“Ter fé em Deus, sua positividade assim, que tudo vai dar certo na sua vida, mesmo não dando, você tem que ter aquela fé que um dia vai melhorar, é bom... Afeta para melhor, né?” P2

Apoiado pelo conceito da OMS (1946) de que saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade", o foco exclusivo na doença vem cedendo espaço ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança (otimismo), sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade. Assim, podemos ver que religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de qualidade de vida (QV), sendo, na verdade, uma de suas dimensões⁴⁶. Nessa perspectiva, sabendo que a promoção da esperança (otimismo) capacita as pessoas a lidar com situações de crise e se relaciona às questões de bem-estar, QV e sobrevida, percebe-se que avaliar a esperança estimula a implementação de intervenções para pacientes que vivem em situações de comorbidades, como as doenças crônicas⁴⁷.

A dimensão espiritual é considerada relevante na garantia de significados à vida e um recurso de esperança, já que em momentos de dificuldades, os indivíduos buscam auxílio da fé e das crenças, para o enfrentamento das adversidades⁴⁷. As relações positivas entre saúde e espiritualidade se constroem nas condições de fortalecimento pessoal diante das adversidades impostas pela condição patológica, na mudança de percepção dos indivíduos em relação a sua doença, no favorecimento de maior adesão terapêutica e na diminuição das experiências negativas provocadas pela enfermidade⁴⁸.

Diante desse contexto, foi visto na literatura, que pessoas que praticam a espiritualidade no dia a dia cultivam menos emoções negativas, as quais predizem um risco aumentado de doença cardiovascular (DCV). Além disso, observa-se que indivíduos que praticam frequentemente a espiritualidade/religiosidade têm menor probabilidade de fumar, usar álcool/drogas, ser fisicamente inativos, consumir uma dieta pobre, ter colesterol alto e ter pressão alta, cada um relacionado a um maior risco de morbidade e mortalidade por DCV¹⁶.

No âmbito da Espiritualidade e Resiliência, foram destacadas as seguintes falas:

“Eu acredito que influencia (a prática espiritual na saúde/QV), porque geralmente quando a gente descobre que tem um problema de saúde, vem primeiro o desespero e o impacto, então, você busca algo e esse algo acho que tá ligado à religião. Assim, muitas vezes, você fica sem resposta, e a resposta tá aí, em você buscar uma religião, procurar se aprofundar.” P7

“Para mim é muito importante, é um apego que a gente tem... Às vezes a gente tá muito preocupada, com um problema muito sério, aí você tem que se apegar com alguma coisa... Aí se você é religiosa, ou acredita em alguma coisa, já é um apoio, consolo... Eu acho assim. Qualquer problema posso pedir a Jesus, a nossa senhora, fazer promessa... Porque se eu alcançar, eu mereci... Se não, eu espero o melhor. Eu confio naquele meu Deus.” P9

Uma das esferas recentes de abordagem da religiosidade/espiritualidade é quanto à sua capacidade de promover resiliência em situações de adversidades⁴⁹. O termo resiliência se refere ao processo através do qual o ser humano é capaz, não apenas de superar e se recuperar dos efeitos danosos das adversidades, mas também de se transformar e ser fortalecido por essas experiências⁵⁰. Cyrulnik afirma que “Momentos de sofrimento e tormenta podem levar à contemplação de um futuro ou sentido espiritual para existência”⁵¹.

Nesse contexto, o termo *coping* religioso/espiritual (CRE) é definido como o uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o estresse e as consequências negativas dos problemas de vida, por meio de um conjunto de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para manejar o estresse diário e/ou advindo de crises existenciais ou circunstanciais que ocorrem ao longo da vida⁵².

Assim, pode-se classificar as esferas de CRE em positivas, por abranger estratégias que proporcionem efeito benéfico ao praticante, como procurar maior conexão com forças transcendentais, buscar conforto na literatura religiosa, entre outros, e em negativas, as quais envolvem estratégias que geram consequências prejudiciais, como questionar existência ou atos de Deus, sentir descontentamento em relação a Deus, etc. Evidências apontam um uso consideravelmente maior de estratégias de CRE positivo que negativo, para diferentes amostras em diferentes situações estressantes⁵².

Após os atentados terroristas de 11 de setembro nos EUA, por exemplo, a religiosidade representou a segunda estratégia de *coping* (CRE positivo) mais utilizada para lidar com estresse, estando presente em 90% dos indivíduos entrevistados⁵³. No acompanhamento de idosos hospitalizados, gravemente doentes, o CRE foi preditor de resultados espirituais e mudanças na saúde mental/física. O CRE positivo esteve associado com melhoras na saúde e o CRE negativo foi preditor retrospectivo de declínio na saúde: desfechos (*outcome*) espirituais limitados, pior *status* funcional em atividades de vida diária, maior depressão e menor QV. Os autores concluíram que pacientes se debatendo continuamente com questões religiosas podem estar particularmente em risco para problemas de saúde, em função do uso de CRE negativo⁴⁶.

No que concerne a abordagem da Espiritualidade e/ou Religiosidade no Âmbito de Consultas Médicas:

“Eu acho que deveria (incluir questões de religiosidade/espiritualidade na consulta médica) para você se sentir mais à vontade com o profissional, acho fundamental. Agora a maioria deles não usa isso (perguntas sobre espiritualidade/religiosidade) na hora do trabalho, mas deveria usar, até porque você teria uma ligação melhor com o profissional.” P7

“Acredito que sim (deveria ser abordado espiritualidade/religiosidade na consulta médica), porque a partir do momento que se fala, a pessoa vai começar a pensar naquilo. (...) É mais essa questão sobre a esperança, se a gente tá ruim, a gente precisa de esperança.” P25

O posicionamento a favor da abordagem da espiritualidade e/ou religiosidade no contexto de consultas médicas, na percepção dos pacientes, corrobora com os achados na literatura. De fato, diversos estudos demonstraram que os pacientes desejam conversar com os seus médicos acerca dessa temática e uma significativa parcela de profissionais de saúde, e estudantes de medicina, inclusive, reconhecem a importância da abordagem sobre a espiritualidade relacionada ao processo da doença⁵⁴.

Nessa perspectiva, um estudo com 921 pacientes revelou que 63% dos entrevistados desejava ser questionado sobre sua espiritualidade, a depender da natureza da situação, e 20% dos participantes desejava sempre ser abordado sobre o tema. Ainda, a maioria dos entrevistados ressaltou a necessidade da compreensão de como suas crenças influenciam no modo como lidam com a doença, como também a necessidade de que o médico os entenda como pessoas e respeitem a sua autonomia⁵⁵. Isso porque, os profissionais de saúde são influenciados pelas suas próprias crenças pessoais nas decisões acerca da saúde do paciente e no atendimento deles⁵.

A importância da abordagem da espiritualidade e/ou religiosidade no contexto médico é justificada pela sua influência na saúde mental, física e na qualidade de vida do indivíduo⁵⁴. Além disso, a introdução dessa temática no contexto médico permite um comportamento mais holístico e humanizado no atendimento, devido a maior empatia e confiança sentidas pelo paciente⁵, deixando de ser uma relação superficial e possibilitando uma proposta de terapia adequada, a fim de fornecer ao paciente o melhor cuidado possível a partir de uma análise espiritual biopsicossocial^{44,45}.

Apesar do exposto, poucos profissionais de saúde avaliam e abordam as necessidades espirituais dos pacientes em suas rotinas, e, inclusive, poucos relatam ter apresentado treinamento acerca da espiritualidade durante sua formação⁵⁶. Um recente estudo realizado com 484 psiquiatras brasileiros demonstrou que mais da metade dos participantes (55.5%) não questionavam frequentemente sobre a relação do paciente com a espiritualidade/ religiosidade. As razões mais comuns apontadas para tal incluíam: medo de exceder seu papel enquanto profissional médico (30.2%) e falta de treinamento (22.3%)⁵⁷.

As seguintes falas trazem um teor negativo em relação a abordagem da espiritualidade durante a consulta médica:

- *“Não (deveria ser abordado), porque eu acho que o médico foi preparado para cuidar das nossas doenças materiais.” P33*
- *“Acredito que não. É importante que as pessoas... Mas tem psicólogo para isso. A gente tá num meio né que a gente utiliza a ciência, apesar*

de a gente ter religiosidade e espiritualidade, tudo que se trata aqui é com base científica né.” P35

Os posicionamentos contrários à abordagem do tema R/E no contexto do atendimento médico, podem ser explicados por motivações socioculturais e científicas. O contexto moderno da medicina é marcado por uma forte abordagem científica da área, tal fato é concomitante a uma redução da valorização da religião e espiritualidade dentro dos serviços de atenção à saúde. Em parte, esse fenômeno é reflexo de amplas críticas à religião realizadas nos trabalhos de pensadores positivistas como Augusto Comte e Sigmund Freud, que via a religião como “neurose compulsória universal”, “desamparo infantil” e “regressão ao narcisismo primário”⁵⁸.

A percepção dos pacientes sobre a falta de preparação médica para abordar temas como espiritualidade e religiosidade reflete o atual modelo de formação médica. A literatura evidencia que, apesar de significativa evolução, as questões espirituais ainda são raramente abordadas devido à falta de conhecimento e de treinamento específico. Inclusive, estudos mostraram que, apesar de considerarem importante essa temática, poucos médicos e educadores médicos abordam esse assunto com os residentes e alunos⁵⁹. Embora a qualidade de vida correlacione-se diretamente com o bem-estar espiritual⁶⁰, o pensamento de que o conhecimento da religião não é relevante ao tratamento médico representa uma barreira a sua abordagem⁵.

Limitações e fortalezas

O presente estudo teve como limitações a pequena quantidade de pessoas entrevistadas, bem como a falta de privacidade do local das entrevistas, já que nem sempre era possível uma sala isolada para realização das gravações. Outra limitação foi a necessidade de cooperação dos pacientes, já que a pesquisa demandava demasiado tempo para aplicação de 3 questionários extensos e uma gravação. Porém, a atual pesquisa é considerado inovador por avaliar a associação entre E/R e QV em pacientes com HAS e DM, doenças altamente prevalentes na população. Portanto, sugere-se que novos estudos sejam feitos novos estudos com validação externa multicêntrica para confirmação dos achados descritos.

CONCLUSÃO

Todos os quatro domínios da escala de qualidade de vida apresentaram correlação positiva com a escala de religiosidade, sendo encontrado valor significativo na relação entre a religiosidade organizacional e o domínio meio ambiente. Seguindo a mesma tendência, a correlação entre espiritualidade e qualidade de vida demonstrou-se positiva, exceto quando avaliado o domínio físico. Entretanto, ao se analisar os escores médios nos quatro domínios de qualidade de vida, os resultados obtidos foram baixos em comparação a literatura, especialmente no que concerne o aspecto social.

Na análise qualitativa, foi visto que a religiosidade e espiritualidade são conceitos bastantes confundidos na população. Entretanto, o segundo, não possui um conceito consensual na literatura, abrangendo formas de ver o transcendente, além de estar intimamente associada a práticas e crenças religiosas individuais. Ainda nesse contexto, foi visto que ocorrem relações positivas entre saúde e espiritualidade, demonstrando que os indivíduos constroem condições de fortalecimento pessoal diante das adversidades impostas pela condição patológica. Informações como a carência de abordagem da E/R nas consultas ambulatoriais demonstram a falta de preparação médica percebida pelos pacientes para abordar esses temas no contexto de saúde atual, ratificando a importância de se buscarem alternativas que permitam um comportamento mais holístico e humanizado no atendimento, fornecendo uma análise espiritual e biopsicossocial.

Dessa forma, os achados obtidos no presente estudo ratificam a importância de avaliar a E/R, a fim de melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, no entanto, é fundamental a realização de novos estudos a fim de se compreender a real qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lucchetti G, Luchhetti ALG, Avezum A. Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. *Rev Bras de Cardiol.* 2011 Jan;24 (1): 55 p.
2. Koenig HG; Religion, Spirituality and health: the reserch and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012 Set;2012:33.
3. Toniol R. Espiritualidade que faz bem. Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y religion [internet].* 2015 [acesso em 20 jun 2018]. 25(43):110-143. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387239046005>
4. Tartaro J, Luecken L. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *J Healthy Psychology.* 2005;10(6):753-6. DOI: 10.1177/1359105305057311.
5. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber?. *Rev Bras de Clin Med.* 2010;8(2):154-8.
6. Saad M, Masiero D, Battistella LR. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiatr. [internet].* 2011 [acesso em 20 abril 2018]; 8(3):107-12. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/102355>.
7. Gobatto CA, Araujo TCCF. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
8. Rizzardi C, Teixeira M, Siqueira S. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde.* 2013;34(4):483-7.
9. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract.* 2011 Nov;61(592):749-60. DOI: 10.3399/bjgp11X606663.
10. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala de CRE): Elaboração e validação de constructo. *Psicol Estud.* 2005 Set/Dez;10(3):507-16
11. Anandarajah G. The 3 H and BMSEST Models for Spirituality in Multicultural Whole-Person Medicine. *Ann Fam Med.* 2008 Sep/Oct;6(5):448-58.
12. Batista P. A Espiritualidade na prática do cuidar do usuário do Programa Saúde da Família, com ênfase na educação popular em saúde. *Revista APS.* 2007 Jan/Jun;10(1):74-80.
13. Fleck M. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOWOL-100): características e perspectivas. *Cienc. Saúde Coletiva [internet].* 2000 [acesso em 21 abril 2018]. 5(1):33-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>.

14. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Bassi RM, Nobre MRS. Complementary Spiritist Therapy: Systematic Review of Scientific Evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2011 May;2011:835945. DOI: 10.1155/2011/835945.
15. Osório IHS, Gonçalves LM, Pozzobon PM, Gaspar Júnior JJ, Miranda FM, Lucchetti ALG, et al. Effect of an educational intervention in “spirituality and health” on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. *Med Teach*. 2017 Oct;39(10):1057-64.
16. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 2013 Jan/Mar;28(1):103-128.
17. Damiano RF, Costa LA, Viana MTSA, Moreira-Almeida A, Lucchetti ALG, Lucchetti G. Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. *Arch. Clin. Psychiatry*. 2016 Jan/Fev;43(1):11-16.
18. Mesquita AC, Chaves EC, Avelino CC, Nogueira DA, Panzini RG, Carvalho EC. The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013 Mar/Apr;21(2):539-45.
19. Pedroso B, Pilatti LA, Guitierrez GL, Picinin CT. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Ver Bras de Qualidade de vida*. 2010; 02(1):31-36. DOI:10.3895/S2175-08582010000100004
20. Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2017 Jan/Mar;20(1):16-29.
- 21- Silva DAS, Petroski EL, Peres MA. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):988-98.
- 22 - Silva EC, Martins MSAS, Guimarães LV, Segri NJ, Lopes MAL, Espinosa MM. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(1): 38-51.
- 23 - Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, Mendonça SS. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde em debate*. 2017;41(115):1102-15.
- 24 – Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro. 2010: 1-215.
- 25- Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD

2003. Ciênc saúde coletiva. 2006 Oct/Dec;11(4). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400022>
- 26 - Guibu IA, Moraes JC, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007070>
- 27- Souza VM, Frizzo HCF, Paiva MHP, Bousso RS, Santos AS. Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de adolescentes com câncer. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680504i>
28. Correia ALR, Barbosa IV, Lima FET, Cestari VRF, Studart MB, Martins FLM, et al. Utilização da Escala de Avaliação da Espiritualidade em pacientes portadores de Lesão Renal em Hemodiálise. *Cogitare Enferm*. 2015 Jul;20(3):489-495.
29. Gonçalves AM, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Rev Psiquiatr Clin*. 2009 Ago; 36(1):10-15.
30. Ferreira AGC, Oliveira JAC, Jordán APW. Educação em saúde e espiritualidade: uma proposta de transversalidade na perspectiva do estudante. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2016 Jan/Jul;1(1):3-12.
31. Heinisch RH, Stange LJ. Religiosidade/Espiritualidade e Adesão ao tratamento em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. *Bol Curso Med UFSC* 2018;2(4):2594-6811.
32. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psic Teor e Pesq*. 2011 Jan-Mar;27(1):49-53.
33. Rocha ACAL. A espiritualidade no manejo da doença crônica no idoso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.
34. Santos NC, Abdala GN. Religiosidade e Qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município da Bahia. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014 Out/Dez;17(4):795-805.
35. Bravin, AM. Influência da espiritualidade sobre a função renal em pacientes transplantados renais [tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho e Faculdade de Medicina de Botucatu; 2018.
36. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Out/Dez;17(4):672-9.
37. Dahmer L, Oliveira TB, Kemper C, Sant'Ana AP, Melo GL, Avila JG. Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos. *Revista Contexto Saúde*. 2015 Jan;15(28):41-9.

38. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005;8(3):246-52.
39. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. 2. ed. New York: Oxford University Press; 2012.
40. Koenig, HG. *Is Religion Good for Your Health? The Effects of Religion on Physical and Mental Health*. 1ed. Routledge; 1997.
41. Moberg DO. Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 2002. 9 (1); 47-60.
42. Wunthnow R. *After Heaven: Spirituality in America Since the 1950s*. 1ed. California: University of California Press; 1998.
43. Seicol S. Limited by theological language. *Aging and Spirituality*, 1997; 9(1):4.
44. Puchalski C. Spiritual Assessment in Clinical Practice. *Psychiatric Annals*. 2006 Mar; 36(3):152-3
45. Puchalski C, Romer A. Taking a Spiritual History allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med*. 2000;3(1):129-37.
46. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev psiquiatr clin*. 2007;34(1):105-115.
47. Souza EN, Oliveira NA, Luchesi BM, Gratão ACM, Orlandi FS, Pavarini SCI. Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>
48. Inoue TM, Vecina MVA. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *J Health Sci Inst*. 2017;35(2):127-30.
49. Zimpel R, Mosqueiro B, Rocha N. Spirituality as a coping mechanism in mental disorders. *Rev Debates em Psiquiatria*. 2015 Mar/abril. DOI: 10.13140.
50. Menegatti Chequini MC. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psico Revista* 2007;16(1/2).
51. Cyrulnik B. *Resilience: How your inner strength can set you free from the past*. Original. New York: Tarcher; 2011.
52. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiq Clin*. 2007;34(1):126-135.
53. Min JA, Jung YE, Kim DJ, Yim HW, Kim JJ, Kim TS, et al. Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual Life Res*. 2013;22:231-41.
54. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *Int J Behav Med*. 2016 Fev;23(1):63-70.

55. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. Discussing Spirituality With Patients: A Rational and Ethical Approach. *Ann Fam Med* 2004 Jul;2(4):356-361.
56. Menegatti-Chequini MC, Maraldi EO, Peres MFP, Leão FC, Vallada H. How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil. *Braz J Psyc.* 2019 Jan-Fev;41(1).
57. Menegatti-Chequini MC, Gonçalves JP, Leão FC, Peres MF, Vallada H. A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *BJPsych Open.* 2016 Nov;2(6):346-352.
58. Hvidt NC, Korup AK, Curlin FA, Baumann K, Frick E, Sondergaard J et al. The NERSH International Collaboration on Values, Spirituality and Religion in Medicine: Development of Questionnaire, Description of Data Pool, and Overview of Pool Publications. *Religions.* 2016. 7(107). DOI:10.3390.
59. Lucchetti G, Oliveira LR, Koenig HG, Leite JR, Lucchetti ALG. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBRAME. *BMC Med Educ [Internet].* 2013 Dez [acesso em 20 de maio de 2019];13(1):162. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-162>
60. Farinha FT, Banhara FL, Bom GC, Kostrisch LM Von, Prado PC, Trettene AS. Correlação entre espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em adolescentes. *Rev Bioética.* 2018;26(4). DOI: 10.1590.

ANEXO 1 - Diretrizes para Autores

Antes mesmo de preparar o manuscrito, autores em potencial devem verificar se o trabalho atende ao Foco e Escopo da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), dentre outras Políticas da revista. O não atendimento a essas políticas normalmente resulta na rejeição imediata do manuscrito. Essas políticas e estas instruções foram atualizadas pela última vez em 08 de janeiro de 2019.

A RBMFC não cobra taxas de publicação ou submissão, nem aceita publicidade; suas despesas são integralmente custeadas pela SBMFC.

A RBMFC é indexada pela LILACS, além de ser listada nos diretórios Latindex, Diadorim, Periódicos CAPES, ROAD e Sumários.org. Na avaliação do quadriênio 2013 a 2016, o sistema Qualis CAPES classificou a RBMFC como B3 nas áreas de avaliação Enfermagem e Serviço social; B4 em Saúde coletiva, Odontologia, Antropologia e Arqueologia e Interdisciplinar; e B5 em Medicina II.

Em 2018, a RBMFC enviou para avaliação por pares 44% das submissões recebidas, e aceitou 26% das submissões avaliadas por pares. O tempo médio da submissão à aprovação foi 61 dias, e o tempo médio da submissão à publicação foi de 111 dias.

Preparo do manuscrito

Os manuscritos devem ser submetidos à RBMFC em formato ODT, DOC ou DOCX. A página deve ter formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm. Os parágrafos devem ter entrelinhas de 1,5 linha, com fonte Arial, tamanho 12. Preferencialmente, os manuscritos devem vir com numeração automática das linhas e numeração automática das páginas, no rodapé.

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês. Além das instruções listadas nas Políticas de Seção, cada manuscrito deve trazer os seguintes elementos:

Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar o título.

Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).

Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A Política de Seção especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem

necessariamente constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A ferramenta MeSH on Demand ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.

O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as Políticas de Seção. O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.

O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.

Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os exemplos nesta página e os detalhes neste livro eletrônico da National Library of Medicine (EUA). O digital object identifier (DOI; exemplo: "[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de uniform resource locator) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

Os manuscritos em geral, mas principalmente aqueles da seção Artigos de Pesquisas, devem seguir as recomendações do ICMJE (com a exceção das instruções sobre a folha de rosto, “title page”).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como sp ou spp na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras

devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

Conforme descrito em Assegurando a avaliação pelos pares cega, o manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores deve substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo CSE e pelo ICMJE.

Declarações. Além do manuscrito principal, os autores deverão submeter um documento suplementar (“Declarações”) contendo as seguintes informações:

Colaboradores: Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos critérios de autoria. Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a Taxonomia das Funções do Colaborador (CRedit) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.

Agradecimentos: Outros agradecimentos devidos.

Submissão do manuscrito

A RBMFC recebe submissões exclusivamente através de sua plataforma eletrônica, em <https://rbmfc.org.br/>. Para submeter o manuscrito, o autor deve estar cadastrado e “logado” na plataforma eletrônica. De uma forma geral, o formulário de submissão é autoexplicativo, mas vale a pena ler antes as Condições de Submissão para evitar contratemplos. O campo “Comentários para o editor” deve mencionar quaisquer publicações prévias semelhantes ou redundantes, bem como qualquer informação revelante para a decisão de enviar ou não o manuscrito para avaliação por pares.

Uma dica importante é lembrar-se de informar os metadados referentes todos os autores durante a submissão; o botão “Incluir autor” se encontra logo abaixo dos metadados do primeiro autor. Não se deve usar CAIXA ALTA ao informar autoria ou título do manuscrito.

A “instituição/afiliação” deve seguir o formato: “Nome da Instituição (SIGLA). Cidade, Estado”. Trata-se da organização no âmbito da qual o trabalho foi desenvolvido, usualmente um vínculo empregatício ou instituição onde o autor estuda.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

O manuscrito atende ao foco e escopo da RBMFC.

O manuscrito não foi publicado, nem se encontra em análise para publicação em qualquer periódico avaliador por pares.

O manuscrito foi publicado de acordo com a política de seção correspondente.

Os autores concordam com a Declaração de Direito Autoral.

Para preenchimento do formulário de submissão, a pessoa que realiza a submissão dispõe de todos os dados sobre cada um dos autores: nome completo, ORCID iD, URL do currículo Lattes (brasileiros), instituição/afiliação, declaração de conflitos de interesse e breve biografia profissional.

Todas as pessoas listadas como autoras atendem aos critérios de autoria, e todas as pessoas atendendo aos quatro critérios de autoria estão listadas como autoras.

Todas as pessoas que atendam a um ou mais critérios de autoria tiveram sua contribuição descrita em uma declaração a ser submetida como documento suplementar, como descrito em Preparo do manuscrito.

O documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa (ou equivalente se fora do Brasil) está pronto para ser enviado como documento suplementar; ou o manuscrito não relata pesquisas com seres humanos.

Autores possuem consentimento por escrito assinado pelos participantes da pesquisa ou seus responsáveis; ou o manuscrito não relata pesquisa com sujeitos humanos; ou um comitê de ética em pesquisa isentou os pesquisadores de obter consentimento por escrito.

Os autores possuem consentimento por escrito assinado pelo paciente ou seu responsável, autorizando a publicação do caso clínico; ou o manuscrito não relata um caso clínico.

Os métodos do manuscrito possuem plano de compartilhamento de dados, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.

Os métodos do manuscrito atestam o uso de dados de compartilhamento de acordo com quaisquer termos acordados no recebimento dos dados, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata uma análise secundária de dados de compartilhamento de um ensaio clínico.

O manuscrito foi redigido conforme as diretrizes e extensões relevantes da EQUATOR Network, conforme descrito em Dados abertos e reprodutibilidade; ou não se aplica.

A pesquisa foi incluída em um registro público antes de inscrever seu primeiro participante, conforme descrito em Dados Abertos e Reprodutibilidade; ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.

O manuscrito atende às diretrizes aos autores.

Declaração de Direito Autoral

Ao submeterem um manuscrito à RBMFC, os autores mantêm a titularidade dos direitos autorais sobre o artigo, e autorizam a RBMFC a publicar esse manuscrito sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 e identificar-se como veículo de sua publicação original.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros