

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Ciências da Saúde

Rodrigo de Eston Armond

**ASSOCIAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR ESPIRITUAL E DOENÇA
ARTERIAL CORONARIANA**

São Paulo
2017

Rodrigo de Eston Armond

**ASSOCIAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR ESPIRITUAL E DOENÇA
ARTERIAL CORONARIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Livre Docente Álvaro Avezum Júnior.

Co-orientador: Prof. Dr. Tulio Konstantyner.

São Paulo

2017

Armond, Rodrigo de Eston

Associação entre bem-estar espiritual e doença arterial coronariana / Rodrigo de Eston Armond. – São Paulo, 2017. 58 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Santo Amaro, 2017.

Orientador(a): Prof. Livre Docente Álvaro Avezum Júnior, Coorientador(a): Prof. Dr. Tulio Konstantyner.

1. Espiritualidade 2. Religiosidade 3. Doença Arterial Coronariana 4. Fatores de Risco. I.Prof. Livre Docente Álvaro Avezum Júnior, orient. II.Prof. Dr. Tulio Konstantyner, coorient. III.Universidade de Santo Amaro. IV. Título.

Rodrigo de Eston Armond

**ASSOCIAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR ESPIRITUAL E DOENÇA
ARTERIAL CORONARIANA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós Graduação da Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestrado em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Livre Docente Álvaro Avezum Júnior.

Co-orientador: Prof. Dr. Tulio Konstantyner.

São Paulo, 17 de outubro de 2017.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Neil Ferreira Novo.

Prof^a. Dr^a. Lélia Cardamone Gouveia.

Conceito Final

Este trabalho é dedicado aos meus filhos Felipe, Marcelo e Gabriela, à minha esposa Lígia, à minha mãe Jane, meu pai Sérgio e ao meu avô Daro (em memória).

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Livre Docente Álvaro Avezum Júnior pela confiança em mim depositada, pela coragem e incentivo em desenvolver pesquisa sobre o tema deste trabalho e por sua valiosa experiência e contribuição na orientação desta dissertação.

Ao meu co-orientador e amigo Prof. Dr. Tulio Konstantyner pela parceria, por sua dedicação, paciência e envolvimento com esta pesquisa, exercendo papel fundamental na condução e construção não só deste trabalho, mas principalmente deste pesquisador.

À Profa. Dra Yara Juliano e ao Prof. Dr. Neil Novo pela contribuição inestimável na primorosa realização da análise estatística deste trabalho. O cuidado, a atenção e o carinho incansáveis a mim dedicados, reforçaram os laços fraternais, fazendo crescer a admiração e o respeito que tenho por esta dupla.

À Profa. Dra. Jane de Eston Armond, idealizadora e incentivadora desta pesquisa e que, assim como fizera desde os primeiros minutos da minha vida, me acompanhou, orientou, incentivou e muito contribuiu na execução deste estudo, sempre ao meu lado sendo coparticipante de mais esta etapa de minha vida pessoal e profissional. A quem agradeço não só por este trabalho, mas principalmente pelo significado que tem para mim e para minha família.

A todo o corpo de docentes do Mestrado em Ciências da Saúde da UNISA, que por meio de seus ensinamentos e dedicação, contribuíram de formas distintas com a elaboração deste trabalho. Aos meus colegas de turma e hoje Mestres, pela parceria e amizade durante toda esta longa jornada.

Aos médicos e residentes do ambulatório de Doença Arterial Coronariana do Instituto Dane Pazzanese e aos profissionais da Unidade Básica de Saúde de Jordanópolis pelo acolhimento e auxílio fundamentais durante a etapa de campo desta pesquisa.

À minha esposa Lígia, pelo amor, compreensão, paciência, confiança, cumplicidade, parceria e dedicação a mim e ao cuidado dos meus filhos, sem as quais seria impossível concluir esta jornada.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

(Marcel Proust)

RESUMO

Introdução: As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais causas de mortalidade no mundo, provocando grande impacto econômico e social. A espiritualidade, potencialmente, exerce influência sobre todos os nove fatores de risco para o Infarto Agudo do Miocárdio identificados no estudo INTERHEART, além de influenciar positivamente os pacientes para a adesão ao tratamento medicamentoso.

Objetivo: Estimar o bem-estar espiritual, identificar associação deste com a Doença Arterial Coronariana (DAC) e avaliar a aplicabilidade da versão brasileira da “*Spiritual Well Being Scale*”.

Método: Estudo observacional analítico do tipo caso-controle que utilizou como instrumento a Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), traduzida e validada para a língua portuguesa, em amostra populacional de 42 casos de pacientes com diagnóstico de DAC do ambulatório de Coronariopatias do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Foram recrutados para controle 46 usuários da Unidade Básica de Saúde de Jordanópolis, ambos no município de São Paulo. Os participantes foram entrevistados individualmente pela equipe de campo e informações sócio-demográficas também foram coletadas. Foram realizadas estatísticas descritivas e os grupos comparados por meio do teste do Quiquadrado e o teste de Mann-Whitney. Além disso, a análise de variância de Friedman foi utilizada para avaliar as diferenças entre os valores atribuídos aos itens da escala.

Resultados: Não houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias e os níveis de bem-estar espiritual dos dois grupos. Ambos apresentaram escores elevados, impulsionados pelo alto nível de bem-estar religioso. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores atribuídos pelo grupo caso e controle, aos itens da escala de bem-estar religioso (EBR) ($p=0,959$ e $p=0,817$). Entretanto, a escala de bem-estar existencial (EWB) apresentou comportamento diferente para os dois grupos ($p<0,001$).

Conclusão: Os resultados mostraram elevado nível de BEE, porém não houve associação entre este e a DAC. O estudo dos itens da escala de BEE sugere pouca aplicabilidade da subescala de BER, porém maior possibilidade de diferenciar os grupos quando utilizada a EWB.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religiosidade. Doença Arterial Coronariana. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular Diseases (CVD) are a leading cause of mortality worldwide, causing great economic and social impact. Spirituality, potentially, exerts influence on all the risk factors for acute myocardial infarction identified in the INTERHEART study, in addition to positively influencing the patients for adherence to drug treatment. **Objective:** To estimate spiritual well-being, to identify its association with Coronary Artery Disease (CAD) and to evaluate the applicability of the Brazilian version of the "Spiritual Well-Being Scale". **Method:** A case-control observational study using the Portuguese Spirituality Scale (BSE), translated and validated in the population sample of 42 patients with diagnosis of coronary artery disease from the Dante Pazzanese Institute of Cardiology Coronary Artery Disease outpatient clinic. Forty-six control individuals were recruited from the Primary Care Unit of Jordanópolis, both located in the municipality of São Paulo. Participants were individually interviewed by trained staff and socio-demographic information was also collected. Descriptive statistics and groups were compared using the Chi-square test and the Mann-Whitney test. In addition, a Friedman variance analysis was used to evaluate how the rest of the values assigned to the scale items. **Results:** There was no statistically significant difference between categories and levels of spiritual well-being of the two groups. Both presented high scores, driven by the high level of religious well-being. It was not possible to distinguish statistically significant difference between the scores attributed by the case and control group to items of religious well-being scale (RBS) ($p = 0.959$ and $p = 0.817$). However, an existential welfare scale (EWB) presented different findings for both groups ($p < 0.001$). **Conclusion:** Results showed the level of BEE, but there is no association between this and a CAD. The evaluation of the items of the BEE scale suggests little applicability of the BER subscale, but greater possibility of differentiating the groups when using an EWB. Lack of statistical power could be a potential limitation.

Keywords: Spirituality. Religiosity. Coronary Artery Disease. Risk Factors.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Classificação quanto ao nível de bem-estar espiritual.....	22
Tabela 2 - Portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo as características estudadas.....	24
Tabela 3 - Portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo a presença de IAM e ou diagnóstico de Câncer.....	25
Tabela 4 - Portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo escores da Escala de Bem-Estar Religioso.....	25
Tabela 5 - Portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo escores da Escala de Bem-Estar Existencial.....	26
Tabela 6 - Pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo os escores das escalas de Bem-Estar Religioso (BER), Existencial (EWB) e Espiritual (EBE).....	27
Tabela 7 - Pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo o nível de Bem-Estar Religioso, nos níveis baixo (10 a 20), moderado (21 a 49) e alto (50 a 60).....	27
Tabela 8 - Pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo o nível de Bem-Estar Existencial, nos níveis baixo (10 a 20), moderado (21 a 49) e alto (50 a 60).....	27
Tabela 9 - Pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo o nível de Bem-Estar Espiritual, nos níveis baixo (20 a 40), moderado (41 a 99) e alto (100 a 120).....	28

Lista de Abreviaturas

ACIDPC	Ambulatório de Cardiologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
BEE	Bem-Estar Espiritual
BER	Bem-Estar Religioso
BEX	Bem-Estar Existencial
CD	Concordo mais do que Discordo
CP	Concordo Parcialmente
CT	Concordo Totalmente
DAC	Doença Arterial Coronariana
DC	Discordo mais do que Concordo
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DP	Discordo Parcialmente
DT	Discordo Totalmente
EBE	Escala de Bem-Estar Espiritual
EBR	Escala de Bem-Estar Religioso
<u>EUA</u>	Estados Unidos
EWB	Escala de Bem-estar existencial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<u>RCQ</u>	Relação Cintura-quadril

Lista de Símbolos

$<$	Menor
$\%$	Porcentagem
z	Teste de hipóteses
$\bar{X}$	Média Aritmética
χ^2	Quiquadrado
p	Nível descritivo ou probabilidade de significância
M_i	Mediana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 MÉTODO	21
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO	34
7 REFERÊNCIAS.....	35
8 ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são responsáveis pela morte de aproximadamente 18 milhões de indivíduos ao ano no mundo todo, segundo dados do estudo de coorte “*PURE- Prospective Urban Rural Epidemiological*” realizado entre os anos de 2003 e 2013. O “*2010 Global Burden of Disease Study*”, que avaliou 235 causas de morte em 187 países, atribuiu às DCV a responsabilidade por uma em quatro mortes no mundo e, em sua versão no ano de 2013, elevou este número para 30%.^{1,2}

Historicamente, as taxas de mortalidade pela doença cardiovascular apresentam comportamentos distintos entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento. No primeiro grupo, a taxa das mortes por DCV decresceu a partir dos anos de 1970, já no grupo dos países em desenvolvimento, como o Brasil, a mortalidade aumentou no mesmo período.³

O “*INTERHEART*”, que é um estudo caso-controle internacional realizado em 52 países e envolveu 15.152 indivíduos com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e 14.820 participantes no grupo controle, identificou fatores de risco associados ao IAM. A dislipidemia, tabagismo, hipertensão arterial, obesidade abdominal, estresse psicossocial, maior quantidade de ingestão de álcool, dieta inadequada, sedentarismo e o diabetes foram reconhecidos como fatores de risco para IAM em 90% dos homens e 94% das mulheres.⁴

Em estudo brasileiro, do qual participaram 553 indivíduos em 12 hospitais da região metropolitana de São Paulo, buscou-se identificar os fatores de risco para o IAM e a força de associação independente dos mesmos. Os resultados mostraram que a dislipidemia, história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC), diabetes, hipertensão arterial, relação cintura-quadril (RCQ) e tabagismo, estiveram associados ao maior risco de IAM, sendo o tabagismo o fator de risco com maior força de associação.⁵

A associação entre fatores psicológicos como o estresse, depressão, ansiedade e a Doença Arterial Coronariana (DAC), e desta associação com o maior risco de eventos cardíacos vem sendo documentada em diversos trabalhos científicos.^{6,7}

O estresse psicológico age sobre o hipotálamo e o sistema nervoso simpático, alterando o metabolismo e o controle autônomo da função cardíaca, resultando em inflamações recorrentes.⁸ Além disso, se apresenta como um forte contribuinte para a adoção de hábitos de vida não saudáveis como o tabagismo, ingestão de álcool e inatividade física. Destas duas maneiras o estresse atua como uma potencial ameaça ao sistema cardiovascular.

Ensaio clínico mostraram que o estresse pode estar associado ao IAM e à morte súbita.⁹ Seus efeitos foram demonstrados, em laboratórios sob condições controladas, por meio do impacto negativo sobre a perfusão do miocárdio. Em outro ensaio clínico recentemente publicado em 2014, Burg *et al.*¹⁰ investigaram, também em laboratório, a associação do estresse agudo com o quadro depressivo. No experimento, os pesquisadores observaram o aumento da disfunção ventricular esquerda no período de exposição ao estresse em pacientes com depressão.

O quadro depressivo em portadores de doença coronariana é prevalente e figura como risco para o agravamento agudo desta doença cardíaca e também para o prognóstico de recuperação dos pacientes. A associação da depressão com o estresse psicológico aumenta o prejuízo da função cardíaca.^{10,11}

Gallo *et al.*¹² pesquisaram a relação entre o estresse e as DAC em 5.313 indivíduos de origem hispânica nos Estados Unidos (EUA) e verificaram a prevalência de 22% desta doença entre os indivíduos submetidos a carga elevada de estresse.

Recentes meta-análises, que avaliaram estudos com aproximadamente 600.000 indivíduos participantes, mostraram que nos indivíduos que estão expostos ao estresse no trabalho, o risco de desenvolverem doença coronariana é 34% maior do que os indivíduos livres do estresse. Para aqueles que praticam jornadas de trabalho superiores a 55 horas semanais, o risco de desenvolverem a doença é 13% maior do que nos indivíduos que possuem jornada inferiores a 40 horas semanais.^{6,7}

No Brasil, a pesquisa VIGITEL de 2011 investigou a prevalência de fatores de risco e de proteção para as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) na população brasileira. Segundo a pesquisa, 14,8% são fumantes ativos, 48,5% estão acima do peso, cerca de 30% praticam atividade física no volume recomendado, 17%

consomem álcool em grande quantidade, 22,7% têm diagnóstico de hipertensão arterial e 5,6% de diabetes.¹³

Duarte e Barreto¹⁴ ao abordarem a transição demográfica e epidemiológica ocorrida no Brasil nas últimas décadas, relatam que a urbanização, o envelhecimento, as transformações socioeconômicas e o processo de globalização alteraram os hábitos e práticas dos brasileiros, em relação ao estilo de vida, de trabalho e de alimentação. As autoras deste estudo defendem que estas alterações elevaram a prevalência de fatores de risco de adoecimento crônico como a obesidade, sedentarismo, estresse, taxa de tabagismo, consumo de álcool e baixa qualidade da alimentação, diabetes e hipertensão. Todos estes fatores são reconhecidamente contribuintes diretos para o desenvolvimento das DCNT, classificação esta que engloba principalmente as doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias.

As DCNT foram responsáveis por cerca de 70% dos gastos assistenciais em saúde no Brasil em 2012. No mesmo ano a taxa média de internação por DCV foi de 644,89 internações por 100 mil habitantes, segundo relatório da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Ainda, segundo a mesma fonte, o número de brasileiros que realizaram diagnóstico, atendimento, tratamento ou procedimentos na área de cardiologia em 2012, superou a marca de 2 milhões de indivíduos e, representaram, entre os anos de 2002 e 2012, a maior taxa de internação por DCNT em nosso país. Além disso, a mortalidade por DCV representou 31,3% dos óbitos, figurando como a principal causa de mortes no Brasil e no município de São Paulo (32,3%).^{15,16,17}

Devido à alta prevalência, às taxas de mortalidade associadas, ao elevado custo das hospitalizações e de outros custos indiretamente relacionados, as DCV representam um desafio às políticas de saúde pública em todo mundo. Nos Estados Unidos, estima-se que os custos hospitalares, de medicamentos e da perda de produtividade do indivíduo com doença cardíaca crônica, tenha sido da ordem de 39,2 bilhões de dólares, liderando o ranking de gastos em saúde naquele país em 2010. No ano de 2013, no Reino Unido, estimou-se que, somente os gastos com tratamento das DCV superaram 6,5 bilhões de euros. No Brasil, o gasto com as DCNT foi da ordem de 11 bilhões de reais em 2002.^{2,13,18}

Segundo o “*INTERHEART*” os fatores de risco mais associados ao IAM na população brasileira são o estresse psicossocial persistente, hipertensão, diabetes, tabagismo e a relação cintura-quadril. Todos estes fatores são controláveis e representariam uma chance de redução da maioria dos IAM, caso fossem planejadas estratégias eficientes para o controle dos fatores de risco.¹⁹

Neste sentido, Harold Koenig²⁰ em sua publicação “*Medicine, Religion and Health – Where Science and Spirituality Meet*”, sobre os avanços de pesquisas que relacionam os temas espiritualidade e religiosidade à saúde, ao adoecimento e à medicina em geral, apresenta estes temas como uma válida alternativa para atuação sobre a saúde física e mental da população. Nesta obra, são apresentados inúmeros estudos científicos que defendem a influência da maneira com a qual os indivíduos lidam com o que transcende a matéria e a saúde.

Historicamente, a partir da década de 1950, estudos epidemiológicos começaram a indicar correlações entre a religiosidade e a espiritualidade com a saúde dos pacientes, iniciando uma série de linhas de pesquisa sobre o assunto. Associações entre maior nível de religiosidade/espiritualidade e doenças mentais (maior bem-estar geral, menores prevalências de depressão, abuso de drogas e suicídio), melhor qualidade de vida, maior “*coping*” (modo de lidar com a doença), menor mortalidade, menor tempo de internação e melhor função imunológica, vêm sendo desde então, demonstradas.²¹

Guimarães *et al.*²² realizaram um levantamento de dados no site de publicações médicas indexadas de maior impacto clínico (sistema Medline). Utilizando as palavras-chave “*spirituality and health*”, encontraram 4.434 publicações entre 1982 e 2007. Os autores defenderam que discernir os melhores desenhos de estudo e encontrar as melhores evidências que suportassem a associação entre espiritualidade e saúde potencialmente constituía novo, intrigante e profundo paradigma para a medicina moderna. Desta forma, a relação da espiritualidade com a saúde tem se tornado claro paradigma a ser estabelecido na prática médica diária onde a doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspectos de abordagem desde a fisiopatologia básica até sua complexa relação social, psíquica e econômica. Por fim, concluem que é fundamental reconhecer que esses diversos aspectos constituem um sistema de determinação e interação multifatorial no processo do adoecimento.

Especificamente, Koenig²⁰ apresenta trabalhos que sugerem que a religião e a espiritualidade podem influenciar sobremaneira os aspectos psicológicos como o estresse, a ansiedade e a fúria, entre outros, impactando positivamente sobre os fatores de risco das Doenças Cardiovasculares (DCV).

Da mesma forma, Lucchese *et al.*²³ em 2013, pesquisaram na literatura estudos que relacionassem os fatores de risco das DCV à religiosidade e à espiritualidade. Os autores concluíram que existe esta associação, a espiritualidade e/ou religiosidade podem figurar como possíveis fatores de prevenção ao desenvolvimento de doenças na população previamente sadia, afetando as decisões individuais e desfechos clínicos, como eventual redução de óbito ou impacto de diversas doenças, incluindo neste grupo as doenças cardiovasculares.¹

As evidências têm mostrado que a espiritualidade, seja ela expressa por meios religiosos ou seculares, é um componente importante da qualidade de vida dos pacientes, com potencial impacto sobre a saúde física e mental. A religiosidade e a espiritualidade podem interferir na adoção de estilo de vida saudável, que impacta positivamente nos processos de saúde e adoecimento. Essas discussões convidam os profissionais da saúde a considerar a dimensão espiritual da pessoa humana, área conhecida como espiritualidade.^{22,24,25}

Koenig *et al.*²⁰ definem os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade da seguinte forma: (1) Religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado (Deus, Allah, força maior, verdade suprema), e geralmente posiciona-se em relação à existência ou não da vida após a morte e também quanto às condutas da vida em sociedade; (2) Religiosidade se refere ao quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião e (3) Espiritualidade se refere a uma busca pessoal de compreensão relacionada a questões existenciais maiores (por exemplo, o fim e o sentido da vida) e suas relações com o sagrado e/ou transcendente. Esse processo não necessariamente resulta no desenvolvimento de práticas religiosas ou na formação de comunidades religiosas. Um indivíduo pode referir espiritualidade, porém não ser religioso (4). Os autores definem ainda o Humanismo secular como uma prática que se opõe às supracitadas, por não ter crença, conexão ou interesse em se aproximar de Deuses, do que é sagrado, daquilo que se afaste da experiência humana ou da natureza. Portanto, faz-

se necessário a distinção entre os termos espiritualidade e religiosidade a fim de evitar a confusão ou emprego indevido de ambos, o que é uma das dificuldades encontradas nos estudos que tratam de temas relacionando saúde e espiritualidade/religiosidade.^{23, 26}

No Brasil, o uso deste termo, mesmo que de forma modesta, cresce entre os estudos científicos nas áreas das ciências médicas e sociais. Este fenômeno acompanha o crescimento da literatura médica científica mundial sobre a espiritualidade (maior parte das pesquisas encontra-se na América do Norte e na Europa).^{27,28}

O Brasil é vasto campo para o aprofundamento das pesquisas em espiritualidade e religiosidade, uma vez que o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁹, realizado em 2010 e publicado no ano seguinte, encontrou que somente cerca de 7,5% da população brasileira declara-se ateu, o indivíduo que não crê em Deus. Dos 92,5% dos brasileiros que possuem alguma religião, 83% a consideram muito importante, cerca de 90% costuma frequentar igreja ou outro templo sagrado, ao menos uma vez por semana e 70% se dizem católicos.

A utilização dos instrumentos não validados no Brasil, podem não ser adequados e apresentarem vieses e/ou erros metodológicos, por não serem previamente testados quanto à sua validade interna na população brasileira. As características culturais, sócias e demográficas de uma população podem influenciar nos resultados das análises, comprometendo a acurácia dos mesmos quando replicados sem as adaptações necessárias.

Lucchetti *et al.*³⁰ (2013) identificaram vinte escalas ou instrumentos para mensuração da religiosidade e espiritualidade em saúde, traduzidos e validados para a língua portuguesa. Alguns destes instrumentos haviam sido criados em solo brasileiro, e sua maioria após 2005, quando os estudos em espiritualidade chegaram aos cursos de medicina.

A literatura ainda é escassa de publicações que abordem a relação das DAC com a espiritualidade, quando comparado à quantidade de pesquisas sobre esta relação com outras doenças crônicas não transmissíveis.

A execução de pesquisas direcionadas a este tema e sua associação com a saúde pode contribuir com a comunidade científica, fortalecendo as publicações nacionais. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo identificar a associação do bem-estar espiritual com a doença arterial coronariana.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Estimar o bem-estar espiritual de pacientes com doença arterial coronariana.

2.2 Objetivos específicos

Identificar a associação do bem-estar espiritual com a doença arterial coronariana.

Avaliar a aplicabilidade da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE) para mensuração de bem-estar espiritual.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional analítico do tipo caso-controle no qual foi utilizado como instrumento a Escala de Bem-Estar Espiritual para quantificar o bem-estar espiritual em amostra populacional de casos de pacientes com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana e como controles foram avaliados indivíduos sem Doença Arterial Coronariana conhecida.

A amostra foi colhida por conveniência e por acesso, sendo a amostra dos casos, constituída por pacientes atendidos no Ambulatório de Coronariopatias do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (ACIDPC) e a amostra dos controles constituída por usuários da Unidade Básica de Saúde de Jordanópolis, situada na prefeitura regional de Capela Do Socorro, que não apresentavam diagnóstico conhecido de Doença Coronariana. Esta Unidade Básica foi escolhida, por ser cenário de práticas para o curso de medicina da Universidade de Santo Amaro, participando também do projeto 25/25 da Federação Mundial de Cardiologia.

Os critérios de inclusão dos casos foram: pacientes adultos (maiores de 18 anos) portadores de DAC confirmada atendidos no ACIDPC, que se colocaram à disposição e concordaram em participar do estudo. Os critérios de inclusão dos controles foram: pacientes adultos (maiores de 18 anos) atendidos na Unidade Básica de Saúde de Jordanópolis, que concordaram e se dispuseram a participar do estudo. O grupo controle foi constituído respeitando o pareamento com o grupo caso nos quesitos “faixa de idade” (grupos a cada 5 anos) e sexo (masculino e feminino).

Os sujeitos do estudo foram entrevistados e responderam a um questionário constituído por informações pessoais com características socioeconômicas, demográficas, clínicas e de antecedentes pessoais.

A escolha da escala se deu depois de um longo processo iniciado pela busca de artigos na base de dados da PubMed com as palavras-chave “*Spirituality AND Questionnaire*” e “*Spirituality AND Scales*”. Esta busca ocorreu entre 01 de setembro e 05 de novembro de 2015 e resultou em 764 trabalhos que tiveram seus resumos analisados e, dos quais identificou-se 71 escalas ou questionários que abordavam o tema espiritualidade. Os resumos destas publicações e as revisões sistemáticas foram analisados visando a identificar entre elas quais seria escolhida para esta dissertação. Os critérios de seleção foram os aspectos de confiabilidade, dificuldade de aplicação,

grau de dificuldade de compreensão das questões, já ter sido traduzida, testada e validada na população brasileira e também o alvo da investigação da escala ser a espiritualidade isoladamente ou a mesma predominantemente quando associada a outros fatores investigados.

A escala escolhida para este estudo foi a “*The Spiritual Well-Being Scale*”, Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE). Elaborada em 1982 por Raymond F. Paloutzian e Craig W. Ellison, esta escala foi criada com o intuito de complementar as avaliações de qualidade de vida que, nos Estados Unidos, se restringiam a uso de indicadores sociais objetivos.²⁵

Composta por duas subescalas, a de Bem-Estar Religioso (BER) e a de Bem-Estar Existencial (BEX), cada uma com dez subitens. Os itens da escala de BER fazem referência a Deus e acessam de forma vertical a dimensão da espiritualidade. Já os itens da escala de BEX mensuram, por meio de uma abordagem horizontal, o bem-estar do indivíduo em relação ao mundo em que vive, incluindo a satisfação e o propósito da vida. Os itens da escala devem ser respondidos por meio de uma escala de *Linkert* de seis alternativas, sendo elas, “Concordo Totalmente” (CT), “Concordo mais do que Discordo” (CD), “Concordo Parcialmente” (CP), “Discordo Parcialmente” (DP), “Discordo mais do que Concordo” (DC) e o “Discordo Totalmente” (DT). Cada item da escala recebe uma pontuação que varia de 1 a 6. As questões de conotação positiva recebem as maiores para CT-6, CD-5, CP-4, e assim sucessivamente, e nas questões de conotação negativa a pontuação é invertida, CT-1, CD-2, CP-3, e assim sucessivamente até o DT-6.²⁵

A classificação quanto ao nível de bem-estar espiritual, segundo a EBE, sugere como pontos de corte para o escore geral de bem-estar espiritual, os seguintes intervalos:

Tabela 1 – Nível de bem-estar espiritual segundo a EBE.

Escore	Nível
De 20 a 40	Baixo
De 41 a 99	Moderado
De 100 a 120	Alto

Analisando isoladamente as escalas de BER e EWB, utiliza-se os intervalos de 10 a 20, 21 a 49 e 50 a 60 pontos para baixo, moderado e elevado níveis.³¹

Após convite e prévia aceitação para participar do estudo, a equipe de campo previamente treinada pelo pesquisador principal, forneceu um questionário autoaplicável aos participantes da pesquisa. Este instrumento de campo foi preenchido de forma individual e isolada, livre da interferência de terceiros. A abordagem dos pesquisadores ocorreu de forma padronizada minimizando o comprometimento da validade interna. No caso dos respondentes que apresentaram dificuldade no preenchimento do questionário, o pesquisador prestou auxílio valendo-se do cuidado necessário para não induzir as respostas

Foram selecionados, para colaborar na pesquisa, profissionais da saúde como médicos e médicos residentes do Instituto Dante Pazzanese e na Unidade Básica de Saúde de Jordanópolis, houve o auxílio do corpo de profissionais da unidade.

Os resultados foram compilados e analisados, estatisticamente, por meio dos seguintes testes:

1. Análise de Variância de Friedman, com o objetivo de comparar os escores atribuídos, pelos indivíduos entrevistados, aos itens de bem-estar existencial (BEX) e bem-estar religioso (BER). Esta análise foi aplicada de forma separada para os grupos Caso e Controle;³²
2. Teste de Mann Whitney, com o objetivo de comparar os grupos Caso e Controle em separado, para os itens de bem-estar existencial e de bem-estar religioso.³²
3. Teste do Quiquadrado para avaliar a associação entre as variáveis estudadas.³²

O início da coleta de dados sucedeu à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santo Amaro, do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de abril e junho de 2017. Foi explicado aos pacientes os objetivos da pesquisa e solicitado o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

Os resultados obtidos na aplicação da Escala de Bem-Estar Espiritual para os pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e para os participantes do grupo controle estão apresentados nas tabelas a seguir.

Os valores individuais encontram-se nas tabelas apresentadas no Anexo deste trabalho.

Tabela 2 – Portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo as características estudadas. Resultados do teste do Quiquadrado (χ^2 e p).

Característica		<u>Grupo Caso (N=42)</u>		<u>Grupo Controle (N=46)</u>		<u>Caso X Controle</u>	
		N	%	N	%	χ^2	p
Gênero	Feminino	17	40,5	26	56,5	2,6	0,1068
	Masculino	25	59,5	20	43,5		
Idade	45 a 59 anos	13	31,0	24	52,2	4,07	0,131
	60 a 74 anos	24	57,1	18	39,1		
	Acima de 75 anos	5	11,9	4	8,70		
Etnia	Branca	24	57,2	31	67,4	0,98	0,3212
	Não branca	18	42,8	15	32,6		
Estado Marital	Com companheiro	32	76,2	28	60,9	2,37	0,1233
	Sem companheiro	10	23,8	18	39,1		
Renda Familiar	0 a 2 sal. Mín.	19	45,2	22	47,8	2,21	0,3314
	3 a 5 sal. Mín.	18	42,8	14	30,4		
	Mais de 6 sal. Mín.	5	11,9	10	21,7		
Anos de estudo	Até 8 anos completos.	27	64,3	33	71,7	0,56	0,4534
	Mais de 9 anos completos.	15	35,7	13	28,3		

Tabela 3 – Portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo a presença de IAM e ou diagnóstico de Câncer.

Evento		Grupo Caso (N=42)		Grupo Controle (N=46)	
		N	%	N	%
Infarto Agudo do Miocárdio	Sim	35	83,3	0	0,0
	Não	7	16,7		
Câncer	Sim	3	7,2	0	0,0
	Não	39	92,8		
Total		42	100,0	0	0,0

Os dados acima não mostram diferença estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas, por esta razão tais características não foram consideradas isoladamente.

Tabela 4 – Portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo escores da Escala de Bem-Estar Religioso. Resultado do Teste de Mann-Whitney (z e p).

Escala de Bem-Estar Religioso (EBR)		Grupo Caso		Grupo Controle		Caso X Controle	
		$\bar{x}$	Mi	$\bar{x}$	Mi	z	p
01	Minha relação com Deus me ajuda no meu bem-estar.	5,59	6,0	5,63	6,0	0,11	0,9145
02	Creio que Deus me ama e se preocupa comigo.	5,59	6,0	5,62	6,0	0,07	0,9129
03	Sinto-me plenamente realizado quando estou em íntima comunhão com Deus.	5,45	6,0	5,50	6,0	0,25	0,8022
04	Meu relacionamento com Deus me ajuda a não me sentir só.	5,62	6,0	5,48	6,0	0,67	0,5022
05	Acredito que Deus se preocupe com meus problemas.	5,52	6,0	5,35	6,0	0,58	0,5639
06	Tenho uma relação importante com Deus.	5,45	6,0	5,35	6,0	0,45	0,6547
07	Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.	5,35	6,0	5,37	6,0	0,08	0,9358
08	Não Encontro satisfação na oração pessoal com Deus.	5,12	6,0	5,50	6,0	0,77	0,4390
09	Não recebo muita força e apoio de Deus.	5,40	6,0	5,60	6,0	0,10	0,9216
10	Acredito que Deus seja impessoal e não se interessa pelo meu dia-a-dia.	5,50	6,0	5,40	6,0	0,53	0,5976

Análise de Variância de Friedman (1x2x3x4x5x6x7x8x9x10): Caso $\chi^2 = 3,13$ (p=0,9591) e Controle $\chi^2 = 5,19$ (p=0,8170).

A Análise de Variância de Friedman não mostrou significância entre itens tanto para o grupo Caso quanto para o grupo Controle.

Tabela 5 – Portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo escores da Escala de Bem-Estar Existencial. Resultado do Teste de Mann-Whitney (z e p).

Escala de Bem-Estar Existencial (EWB)	<u>Grupo Caso</u> (N=42)		<u>Grupo</u> <u>Controle</u> (N=46)		<u>Caso X</u> <u>Controle</u>	
	$\bar{x}$	Mi	$\bar{x}$	Mi	z	p
11 Sinto-me bem sobre o meu futuro.	4,98	5,0	4,85	5,0	0,75	0,4547
12 Tenho sensação de bem-estar em relação ao rumo que minha vida está tomando.	5,07	5,0	4,87	5,0	1,55	0,1212
13 Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida.	5,02	5,0	4,87	5,0	0,91	0,3647
14 A vida não tem muito sentido.	5,07	6,0	5,26	6,0	0,22	0,8281
15 Não gosto muito da vida.	5,38	6,0	5,59	6,0	0,80	0,4226
16 Sinto que a vida está cheia de problemas e sem felicidade.	4,31	5,0	4,22	4,0	0,65	0,5147
17 Sinto que a vida é uma experiência positiva.	5,43	6,0	5,33	5,0	1,33	0,1841
18 Não estou tranquilo sobre meu futuro.	4,27	5,0	4,39	5,0	0,06	0,9554
19 Sinto que existe razão para viver.	5,40	6,0	5,57	6,0	0,11	0,9102
20 Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou.	4,36	6,0	5,17	6,0	1,28	0,2012

Análise de Variância de Friedman (11x12x13x14x15x16x17x18x19x20).

Caso $\chi^2=30,72$ ($p=0,0003$) e Controle $\chi^2=58,77$ ($p<0,001$) – Houve significância.

A Análise de Variância de Friedman para o grupo Caso não mostrou diferença significativa entre os escores atribuídos aos dez itens de 01 a 10, referentes ao bem-estar religioso (χ^2 calculado= 3.13 com $p=0,9591$). A mesma análise quando aplicada aos escores atribuídos aos dez itens de 11 a 20, que fazem referência ao bem-estar existencial (BEX) mostrou diferença significativa (χ^2 calculado= 30.72 com $p=0,0003$). A afirmação do item 15 “*Não gosto muito da vida*”, recebeu significativamente maior pontuação do que a do item 16 que se refere à vida cheia de problemas. A percepção de que a vida é uma experiência positiva (item 17), bem como o reconhecimento de razão para viver (item 19), apresentaram escores de concordância significativamente maiores que os observados no item 18, que se refere à tranquilidade sobre o futuro.

A mesma análise para o grupo Controle também mostrou que o item 15 “*Não gosto muito da vida*”, recebeu significativamente maior pontuação do que a do item 16 que se refere à vida cheia de problemas. O item 20 “*Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou*” aparece significativamente com maior escore que os demais.

Tabela 6 – Pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo os escores das escalas de Bem-Estar Religioso (BER), Existencial (EWB) e Espiritual (EBE). Resultado do Teste de Mann-Whitney (z e p).

Escala	Grupo Caso (N=42)		Grupo Controle (N=46)		Caso X Controle	
	$\bar{x}$	Mi	$\bar{x}$	Mi	z	p
EBR	54,60	57,50'	54,7	56,0	0,42	0,6462
EWB	49,30	50,50	50,2	50,0	0,13	0,8937
EBE	103,90	106,0	105,6	106,0	0,13	0,8790

Não houve diferença significativa entre os grupos caso e controle tanto para o Bem-Estar Religioso, Existencial e Espiritual.

Tabela 7 – Pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo o nível de Bem-Estar Religioso, nos níveis baixo (10 a 20), moderado (21 a 49) e alto (50 a 60).

Nível	Grupo Caso (N=42)		Grupo Controle (N=46)	
	N	%	N	%
Baixo	1	2,4	1	2,2
Moderado	4	9,5	5	10,9
Alto	37	88,1	40	87,0
Total	42	100,0	46	100,0

Teste do Quiquadrado: $\chi^2 = 0,05$ e $p = 0,9771$ – Não houve significância.

Tabela 8 – Pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo o nível de Bem-Estar Existencial, nos níveis baixo (10 a 20), moderado (21 a 49) e alto (50 a 60).

Nível	Grupo Caso		Grupo Controle	
	N	%	N	%
Baixo	0	0,0	0	0,0
Moderado	20	47,3	21	45,7
Alto	22	52,4	25	54,3
Total	42	100,0	46	100,0

Teste do Quiquadrado: $\chi^2 = 0,03$ e $p = 0,8534$ – Não houve significância.

Tabela 9 – Pacientes portadores de Doença Arterial Coronariana e participantes do grupo controle segundo o nível de Bem-Estar Espiritual, nos níveis baixo (20 a 40), moderado (41 a 99) e alto (100 a 120).

Nível	<u>Grupo Caso</u>		<u>Grupo Controle</u>	
	N	%	N	%
Baixo	0	0,0	0	0,0
Moderado	13	26,2	9	19,6
Alto	31	73,8	37	80,4
Total	42	100,0	46	100,0

Teste do Quiquadrado: $\chi^2 = 0,55$ e $p = 0,4588$ – Não houve significância.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou elevado nível de Bem-Estar Espiritual (BEE) em ambos os grupos estudados, adultos com DAC e controles. Não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa entre as categorias e níveis de BEE quando os grupos foram comparados. Além disso, a variabilidade dos valores atribuídos aos itens da subescala de BER, tanto no grupo “Caso” quanto no “Controle” não foram estatisticamente diferentes, ao contrário do que ocorreu nos itens da subescala de bem-estar existencial, que mostraram variabilidade estatisticamente significativa nos dois grupos.

Entre os indivíduos portadores de DAC, cerca de 88% apresentou nível alto de BER e 9,5% nível moderado. Este resultado foi semelhante ao apresentado pelo grupo controle, que foi de 87% para nível alto e 11% para o moderado.

Em relação ao nível de bem-estar existencial os dois grupos apresentaram comportamento similar, sendo 48% dos portadores de DAC e 46% dos participantes do grupo controle com nível moderado e a classificação de alto nível existencial se deu para 53% dos participantes do grupo caso e 54% do grupo controle. Assim, a análise isolada das duas subescalas mostrou comportamentos distintos, a primeira tendeu à maior homogeneidade e a segunda à distribuição mais equalizada, quanto à classificação dos indivíduos nos dois grupos. No entanto, quando analisamos a EBE de forma integral, encontramos 74% dos participantes do grupo “caso” e 80% do grupo controle com nível alto de espiritualidade.

Quando analisados sob as características sociodemográficas, a relação entre os gêneros foi inversa nos dois grupos, tendo o grupo caso a participação de 40% de mulheres e 60% de homens e o grupo controle 56% e 44%, respectivamente. Moreira *et al*⁴¹, em estudo com três mil indivíduos, mostraram que as mulheres e os adultos com mais de 60 anos apresentavam maior envolvimento religioso, quando comparados aos mais jovens. O mesmo foi evidenciado por Amour *et al*.³⁵ em relação ao nível de espiritualidade, porém as mulheres apresentaram maiores níveis do que os homens. No presente trabalho não houve diferença significativa entre a proporção de gênero e idade entre os grupos, o que evitou o confundimento na comparação do nível de espiritualidade entre os grupos relacionado a esta variável (Tabela 2).⁴⁰

Além desta característica, os grupos apresentaram comportamentos semelhantes em relação à etnia, sendo maioria branca em ambos os grupos (57% caso e 67% controle).

A condição socioeconômica também mostrou similaridade entre os dois grupos, 45% dos casos e 48% dos controles tinham renda familiar de até dois salários mínimos. Além disso, a faixa de renda familiar de três a cinco salários mínimos concentrou 43% dos portadores de DAC e 30% dos participantes do grupo controle, ou seja, quase a totalidade da amostra tinha renda inferior a cinco salários mínimos.

Quanto ao nível de escolaridade, medidos em anos completos de estudo, cerca de 64% dos portadores de DAC e 72% dos participantes do grupo controle não cursaram o segundo grau. De acordo com Moreira *et al.*³³ os indicadores de nível socioeconômico, como a renda e nível educacional, não influenciam o nível de espiritualidade e ou religiosidade do indivíduo.⁴⁰

Segundo Holt-Lunstad *et al.*³⁴ uma importante via biológica pela qual o bem-estar espiritual pode afetar a saúde do indivíduo é o sistema cardiovascular. Koenig *et al.*^{20,23} em seu trabalho de revisão relacionaram inversamente os fatores de risco para DCV com o bem-estar espiritual e religioso. Segundo os autores, os hábitos de vida e saúde, tais como o tabagismo, sedentarismo, ingestão de álcool e a dieta, reconhecidos como fatores de risco para DCV, são inversamente relacionados ao nível de espiritualidade e religiosidade, ou seja, tais hábitos nocivos à saúde estão menos presentes nos indivíduos com maior nível de espiritualidade. O mesmo foi observado pelos autores em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que concluíram que há uma relação inversa entre o nível de pressão arterial e o nível de espiritualidade, assim como observado por Holt-Lunstad *et al.*³⁴ que identificaram menores valores de pressão arterial em indivíduos com maior nível de espiritualidade.^{39,41}

De fato, Yusuf *et al.*⁴ em um estudo prospectivo multicêntrico, que envolveu cerca de trinta mil indivíduos em 52 países, evidenciaram que em 90% dos indivíduos com história de IAM, os fatores de risco para este evento foram a dislipidemia, diabetes, obesidade abdominal, sedentarismo, dieta inadequada, maior quantidade de ingestão de álcool, tabagismo, estresse e HAS.⁴ Portanto, estes fatores são

potencialmente suscetíveis ou influenciados pelo nível de BEE, que consequentemente pode contribuir com o aparecimento das DAC.

Paralelamente, Bekelman *et al.*³⁶ defendem que a depressão é bastante prevalente entre os indivíduos com DCV, podendo ocorrer em aproximadamente 1/3 dos casos (36%). Segundo Meijer *et al.*³⁷, a depressão pode aumentar em 2,7 vezes o risco de mortalidade e em 1,59 vezes o risco de novo evento cardiovascular em pacientes pós IAM, mostrando que o quadro depressivo é um grande complicador para os pacientes com DCV.³³

Mills *et al* evidenciaram a existência de forte correlação negativa entre o BEE e a depressão em pacientes com insuficiência cardíaca sintomática, mostrando que o BEE está independentemente associado a menos sintomas de depressão em pacientes cardiopatas. Bekelman *et al.*³⁶ também evidenciaram a relação inversa entre o nível de BEE e os sintomas de depressão em pacientes com DCV.^{33,35}

Volcan *et al.*³¹ que investigaram a relação entre o BEE e transtornos psiquiátricos leves em jovens universitários, utilizando a mesma Escala de Bem-Estar Espiritual aplicada neste presente trabalho, mostraram achados semelhantes ao estudo de Mills *et al.*³⁸, ou seja, a relação inversa entre o nível de BEE e os sintomas psiquiátricos leves. Vale ressaltar ainda, que a pesquisa com este grupo de universitários mostrou que altos escores na EWB estão relacionados a um risco duas vezes menor de apresentar transtornos psiquiátricos leves, quando comparados com os escores baixo e moderado desta subescala, e de cinco vezes menor para indivíduos com elevado nível de EWB em relação aos com baixo nível de EWB.

Além disso, o tratamento das DCV geralmente requer poli farmácia, os medicamentos são as ferramentas utilizadas para prevenir e manejar esta e outras doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, a adesão dos pacientes ao uso dos medicamentos, representa um grande desafio para as equipes multidisciplinares.³⁶

Estudos sobre a adesão ao tratamento medicamentoso para DCV mostram que 34% dos pacientes interrompe o uso de um e 12% de três medicamentos até trinta dias após a alta hospitalar. Para as DCV, a não utilização correta da medicação pode aumentar em até 25% a mortalidade no primeiro ano após o IAM. A não adesão aos medicamentos cardioprotetores (β -bloqueadores, estatinas ou inibidores da enzima

conversora de angiotensina) tem sido associada o aumento relativo entre 10% e 40% no risco de novas internações hospitalares, e entre 50% e 80% de aumento no risco de mortalidade.^{36,37,38}

Alvarez *et al.*³⁹ realizaram um estudo prospectivo que acompanharam pacientes com insuficiência cardíaca esquerda e a adesão destes ao tratamento medicamentoso, os resultados sugerem que a espiritualidade possa estar associada à adesão ao tratamento medicamentoso destes pacientes. Tal evidência demonstra a importância do BEE não apenas na prevenção, mas também na condução de pacientes com DAC.³⁶

Em relação à aplicabilidade da escala de BEE, o presente estudo sugere uma avaliação distinta entre as subescalas EBR e EWB. Isto se deve ao fato da EBR ter mostrado pouca aplicabilidade para os grupos estudados. Esta avaliação se justifica pelos achados deste trabalho corroborarem com o que fora apresentado em outros estudos que sugerem limitações desta escala avaliar a espiritualidade. Para Marques *et al.*²⁵ responsáveis pela adaptação e validação da Escala de Bem-Estar Espiritual para a língua portuguesa, a mensuração da espiritualidade está bastante relacionada ao nível de BER neste instrumento, mas reconhecem a carência de escalas exclusivamente desenhadas para estimar adequadamente o nível de espiritualidade.

Martinez *et al.*⁴² defendem que a presença de um efeito teto em grupos religiosos específicos, ou seja, escores máximos para o BER, podem prejudicar os estudos e a interpretação dos resultados. Tal resultado foi o encontrado neste estudo na subescala EBR. Tal achado pode ser explicado pelo fato de que, frequentemente, grupos religiosos apresentam escores elevados para a subescala de bem-estar religioso devido à presença da palavra “Deus” em algumas questões. Por outro lado, escores semelhantes para a subescala de bem-estar existencial para os grupos religiosos e não religiosos são esperados.⁴³

Os escores para o BER foram elevados e alcançaram o teto nos dois grupos estudados, porém vale ressaltar que o presente estudo não foi realizado para nenhum grupo religioso específico ou previamente conhecido, mas sim na população de pacientes do Instituto Dante Pazzanese e da Unidade Básica de Saúde de Jordanópolis. Os escores elevados potencialmente refletem a elevada importância que o brasileiro dá à religião, como já fora apresentado pelos números do Senso IBGE

de 2010, onde 92,5% dos brasileiros tem uma religião e 83% a consideram muito importante.^{29,40}

Em relação à subescala EWB a avaliação sobre a sua aplicabilidade foi positiva, mostrando poder de diferenciação entre os valores atribuídos aos seus itens em ambos os grupos. Desta forma, esta subescala parece capaz de identificar mais sensivelmente diferenças entre grupos pela maior variabilidade de valores atribuídos as questões que a compõem.

Apesar da conhecida associação entre a espiritualidade e os fatores determinantes de DAC, os resultados aqui apresentados não evidenciaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de pacientes com e sem DAC, quando comparados os níveis e as categorias de bem-estar espiritual, tanto quando foi utilizada a escala de BEE, quanto quando foram utilizadas as subescalas EBR e EWB.

Dada a plausibilidade da ausência de espiritualidade contribuir com o desenvolvimento de DAC, o não achado desta associação no presente estudo pode ser explicado pelas características do planejamento utilizado e poder estatístico insuficiente. Apesar de ter como principal objetivo o estudo de fatores de risco em doenças menos prevalentes na população, estudo observacional do tipo caso-controle e, portanto, não prospectivo, aqui utilizado não permitiu distinguir a sequência temporal de aparecimento da principal variável preditora. Não foi possível determinar se o nível de espiritualidade estimado foi o mesmo que havia antes da ocorrência da DAC ou se, uma vez presente, a DAC influenciou o nível de espiritualidade.

Uma vez que a DAC é uma das patologias mais suscetíveis a interações psicossomáticas e que o indivíduo doente e em estado de fragilidade, frequentemente, adota comportamento reflexivo sobre a sua condição, suas relações e suas atividades na vida, torna-se difícil encontrar associação entre menores níveis de espiritualidade e a doença após um período de sua ocorrência.

Além disso, a homogeneidade dos grupos em relação ao nível elevado de BER e o número pequeno de participantes na amostra estudada pode ter limitado a demonstração de associação entre a espiritualidade e a DAC.

6 CONCLUSÃO

O estudo dos itens da escala de BEE sugere pouca aplicabilidade da subescala de BER e aplicabilidade aceitável da subescala de EWB. Estudos futuros devem considerar a sua utilização com cautela e associar outras ferramentas para as estimativas da espiritualidade e comparações de grupos específicos.

Os níveis elevados de bem-estar espiritual foram influenciados pelos escores atribuídos aos itens da subescala de BER. Não houve diferença estatisticamente significativa no nível de BEE entre o grupo de pacientes portadores de DAC e os controles. No entanto, o não achado desta associação não suprime a plausibilidade de sua existência pelas características de determinação da DAC e pela metodologia aqui utilizada que não minimizou o efeito da temporalidade da espiritualidade e da DAC e pelo poder estatístico potencialmente insuficiente.

7 REFERÊNCIAS

1. Rankinen T, Sarzynski MA, Ghosh S, Bouchard C. Are There Genetic Paths Common to Obesity, Cardiovascular Disease Outcomes, and Cardiovascular Risk Factors?. *Circ Res*. 2015 February 27; 116(5): 909–922.
2. Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Williams J, Rayner M, Townsend N. The epidemiology of cardiovascular disease in the UK 2014. *Heart*. 2015;101(15):1182-1189. doi:10.1136/heartjnl-2015-307516.
3. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu L, Bo J, Lou Q, Lu F, Liu T, Yu L, Zhang S, et al. Cardiovascular Risk and Events in 17 Low-, Middle-, and High-Income Countries. *N Engl J Med* 2014;371:818-27. DOI: 10.1056/NEJMoa1311890
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, et al. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52.
5. Avezum A, Piegas LS, Pereira JCR. Fatores de Risco Associados com Infarto Agudo do Miocárdio na Região Metropolitana de São Paulo. Uma Região Desenvolvida em um País em Desenvolvimento. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia – Volume 84, Nº3, Março 2005*.
6. Li J, Zhang M, Loerbroks A, Angerer P, Siegrist, J. Work stress and the risk of recurrent coronary heart disease events: A systematic review and meta-analysis. *Int J Occup Med Environ Health* 2015;28(1):8–19 DOI: 10.2478/s13382-014-0303-7
7. Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, Singh-Manoux A, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. *Lancet* 2015; 386: 1739–46 Published Online August 20, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60295-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60295-1)
8. Bergh C, Udumyan R, Fall K, Almroth H, Montgomery S. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. *Heart*. 2015;101(8):623-629. doi:10.1136/heartjnl-2014-306703.
9. Yeung AC, Vekshtein V. The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of coronary arteries to mental stress. *The New England Journal of Medicine*. Vol 35. N.22. 1991. P1551-56. Downloaded from nejm.org on July 11, 2017.
10. Burg MM, Meadows J, Shimbo D, Davidson KW, Schwartz JE, Soufer R. Confluence of Depression and Acute Psychological Stress Among Patients With Stable Coronary Heart Disease: Effects on Myocardial Perfusion. *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*. 2014;3(6):e000898. doi:10.1161/JAHA.114.000898.

11. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thombs BD, van Melle JP, de Jonge P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry* 33 (2011) 203–216 doi:10.1016/j.genhosppsych.2011.02.007
12. Gallo LC, Roesch SC, Fortmann AL, et al. Associations of chronic stress burden, perceived stress, and traumatic stress with cardiovascular disease prevalence and risk factors in the HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Psychosomatic medicine*. 2014;76(6):468-475. doi:10.1097/PSY.0000000000000069.
13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria da Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF); 2011.
14. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* [periódico na Internet]. 2012 Dez [citado 2011 Maio 31] ; 21(4):529-532.
15. Boletim Eletrônico da CEInfo Edição especial - Mortalidade 2013 Aspectos da mortalidade no município de São Paulo, 2013 - Fevereiro / 2015 Ano 6.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Brasília (DF); 2005.
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização. Brasília (DF); 2012.
18. Park CL, Lim H, Suresh DP, Bliss DE, Newlon M. Dimensions of Religiousness and Spirituality as Predictors of Well-Being in Advanced Chronic Heart Failure Patients. *J Relig Health* (2014) 53:579–590
19. Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, Yusuf S. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American Study. For the INTERHEART Investigators in Latin America *Rev Bras Hipertens* vol.14(4): 278-279, 2007.
20. Koenig HG. Religion, Spirituality and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry* Volume 2012, Article ID 278730, 33 pages doi:10.5402/2012/278730.
21. Lucchetti Gi, de Almeida LGC, Granero AL. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar?. *J. Bras. Nefrol.* [Internet]. 2010 Mar [cited 2015 June 24] ; 32(1): 128-132. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000100020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000100020>.
22. Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2007 [cited 2015 June 24] ; 34(Supl 1): 88-94.

- Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700012>.
23. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013;28(1):103-28.
 24. Olson JK. Conhecimento necessário para usar o poder da espiritualidade nos cuidados à saúde. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2015 Apr [cited 2015 June 24] ; 28(2): 3-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500017>.
 25. Marques Luciana Fernandes, Sarriera Jorge Castellá, Dell'Aglio Débora Dalbosco. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Aval. psicol.* [periódico na Internet]. 2009 Ago [citado 2015 Nov 26] ; 8(2): 179-186. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200004&lng=pt_
 26. Tauanay TCD et. Al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr. Clín.* 2012;39(4):130-5.
 27. Moreira-Almeida A. Implicações dos estudos brasileiros em psiquiatria e espiritualidade. *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2012 [cited 2015 June 25] ; 39(5): 181-181. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000500008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000500008>.
 28. Gonçalves AMS, Pillon SC. Adaptação transcultural e avaliação da consistência interna da versão em português da Spirituality Self Rating Scale (SSRS). *Rev. psiquiatr. clín.* [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 08] ; 36(1): 10-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000100002>.
 29. Senso IBGE 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Brasil; 2010.
 30. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med. J.* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 08] ; 131(2): 112-122.
 31. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2003 Aug [cited 2017 Aug 10] ; 37(4): 440-445. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000400008>.

32. Siegel S, Junior NJC. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. Segunda edição, Artmed – Porto Alegre – 448p, 2006.
33. Moreira-Almeida A, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2010 Jan [cited 2017 Aug 28] ; 37(1): 12-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000100003>.
34. Holt-Lunstad J, Steffen PR, Sandberg J, Jensen B. Understanding the connection between spiritual wellbeing and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. Behav Med (2011) 34: 477. doi:10.1007/s1086501193437.
35. Jules MA, Noh S, Hamilton H, Brands B, Gastaldo D, Wright MGM, et al. Spirituality, gender, and drug use among students from one University in Barbados. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 28] ; 24(spe): 117-124. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600117&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001140014>.
36. Bekelman, et al. Spiritual Well-Being and Depression in Heart Failure. Society of General Internal Medicine 2007;22:470–477.
37. A. Meijer et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. General Hospital Psychiatry 33 (2011) 203–216.
38. Mills PJ, Wilson K, Iqbal N, et al. Depressive Symptoms and Spiritual Wellbeing in Asymptomatic Heart Failure Patients. J Behav Med. 2015 June ; 38(3): 407–415. doi:10.1007/s10865-014-9615-0.
39. Alvarez JS, Goldraich LA, Nunes AH, Zandavalli MCB, et al. Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2016 June [cited 2017 July 11] ; 106(6):491-501. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2016000600491&lng=en. Epub May 17,2016. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160076>.
40. Keenan, J. Improving adherence to medication for secondary cardiovascular disease prevention. European Journal of Preventive Cardiology 2017, Vol. 24(3S) 29–35.
41. Ho, PM., Chris L. Bryson, John S. Rumsfeld. Medication Adherence. Its Importance in Cardiovascular Outcomes. Circulation. 2009 Jun 16;119(23):3028-35. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986.
42. Martinez EZ, Almeida RGS, Garcia FR, de Carvalho ACD. Notas sobre a versão em língua portuguesa da Escala de Bem-Estar Espiritual. J. bras. psiquiatr. [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 29] ; 62(1): 76-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-

20852013000100010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000100010>.

43. Bufford RK, Paloutzian RF, Ellison CW. Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *J Psychol Theology*. 1991;19:56-70.

8 ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Avaliação do Bem-Estar Espiritual em indivíduos com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana e os impactos deste sobre a Saúde e o processo de Doença.

Estas explicações estão sendo apresentadas para convidá-lo (a) a participar do projeto Avaliação do Bem-Estar Espiritual em indivíduos com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana e os impactos deste sobre a Saúde e o processo de Doença, do Programa de Pós Graduação, Mestrado em Ciências da Saúde, da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pelo pesquisador Rodrigo de Eston Armond como Trabalho de Conclusão de Curso sob orientação do Prof. Dr. Álvaro Avezum. Este estudo está sendo feito para verificar se há relação entre a Espiritualidade das pessoas e o desenvolvimento ou agravamento de doenças.

A sua participação consiste em responder a um questionário que lhe será entregue por um profissional colaborador deste estudo. O questionário será respondido de forma individual, sem interferência de nenhum colaborador, sua participação não precisa ser identificada, ou seja, você não precisa colocar o nome na folha de respostas.

Você não terá tempo estipulado para responder, ficando à vontade para ler e responder às perguntas confortavelmente. Caso não entenda alguma questão ou tenha alguma dúvida, pode solicitar a presença do colaborador do estudo para lhe auxiliar. O risco de sua participação, será mínimo, uma vez que você só responderá este questionário. Se alguma pergunta o deixar constrangido, pode deixar de responde-la.

Não haverá nenhum prejuízo para você se não quiser participar do estudo: seu atendimento na unidade continuará normalmente. Você não receberá nada por sua participação, bem como, não pagará nada por ela. Seu acesso é garantido, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O benefício desta pesquisa, será conhecermos como a Espiritualidade está relacionada com a saúde dos indivíduos.

É garantida sua liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo. As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles.

O Pesquisador Responsável é o mestrando Rodrigo de Eston Armond que pode ser encontrado na Universidade de Santo Amaro – Campus I na Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687, ou com o Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo- Rua General Jardim, 36 – 8º andar - Fone: 3397-2464.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, / / .

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo.

Nome do participante

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a

participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6. Pesquisador Responsável: (nome) – endereço e telefone. CEP-UNISA: Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

Data / / .

Rodrigo de Eston Armond

ANEXO B - Termo de Compromisso e Confidencialidade

Eu, Rodrigo de Eston Armond, brasileiro, casado e fisioterapeuta, regularmente matriculado no curso de Pós Graduação da Universidade de Santo Amaro inscrito sob o CPF nº318.109.388-21, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter Sigilo e Confiabilidade sob todas as informações técnicas e/ou relacionadas ao projeto *Avaliação do Bem-Estar Espiritual em indivíduos com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana e os impactos deste sobre a Saúde e o processo de Doença*, do qual sou pesquisador responsável.

Por este termo, comprometo-me:

- a) a não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
- b) a não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação oficial a que tiver acesso;
- c) a não apropriar para mim ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso, que venha a ser disponível;

d) a não passar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio, obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

A vigência da obrigação de confiabilidade assumida por minha pessoa, sob este termo, terá validade indeterminada ou enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou ainda, mediante autorização escrita, concedida a minha pessoa pelas partes interessadas neste termo. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confiabilidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Rodrigo de Eston Armond

Assinatura

São Paulo, / /

ANEXO C – Avaliação do bem-estar espiritual em indivíduos com diagnóstico de doença coronariana e os impactos deste sobre a saúde e processo de doença.

Projeto de Pesquisa: Avaliação do bem-estar espiritual em indivíduos com diagnóstico de doença coronariana e os impactos deste sobre a saúde e o processo de doença.

Grupo amostral: Caso (1)

ID:

1. Data de Nascimento: ____/____/____.

2. Sexo:

Masculino()	Feminino()
--------------	-------------

3. Raça:

Branca ()	Preta ()	Amarela ()
Parda ()	Outra ()	

4. Endereço: _____

CONDIÇÃO SÓCIOECONÔMICA/SANEAMENTO/DEMOGRÁFICA	5. Estado Civil:	Solteiro(a) ()	Casado(a) ()	Divorciado(a) ()	
		Viúvo(a) ()	Outro ()		
	6. Mora com o Companheiro(a):	Sim ()	Não ()	Não se Aplica ()	
	7. Escolaridade: _____ anos completos de estudo.				
	8. Profissão ou ocupação atual: _____				
	9. Renda Familiar: R\$ _____. 10. Quantas pessoas vivem com esta Renda? _____.				
	11. Local onde mora é:	Próprio ()	Alugado ()	Cedido ()	
		Invadido ()			
	12. Sua casa é de:	Alvenaria ()	Madeira ()	Outro ()	
	13. Esgoto da sua casa é	Fechado ()	Fossa ()	Vala Aberta ()	
		Outro ()			
	14. A água da sua casa é da Sabesp?	Sim ()	Não ()		
	15. A coleta de lixo acontece quantas vezes por semana? _____.				
	ANTECEDENTES PESSOAIS	16. Já foi internado(a)?	Sim ()	Não ()	
		17. Já teve Infarto?	Sim ()	Não ()	
18. Já fez alguma cirurgia? Se SIM: Quantas vezes? ____.		Sim ()	Não ()		
19. Já teve Câncer?		Sim ()	Não ()		

São Paulo, ____/____/____.

ANEXO D - Escala de Bem-Estar Religioso

Em relação às afirmações abaixo, qual é a sua opinião? Escolha uma resposta apenas.		Concordo Totalmente	Concordo mais que Discordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo mais que Concordo	Discordo Totalmente
19	Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
3	Creio que Deus me ama e se preocupa comigo.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
17	Sinto-me plenamente realizado quando estou em íntima comunhão com Deus.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
15	Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
11	Acredito que Deus se preocupa com meus problemas.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
7	Tenho uma relação pessoal significativa com Deus.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
13	Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
1	Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
9	Não recebo muita força pessoal e apoio de meu Deus.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
5	Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas.	CT	CD	CP	DP	DC	DT

ANEXO E - Escala de Bem-Estar Existencial

Em relação às afirmações abaixo, qual é a sua opinião? Escolha uma resposta apenas.		Concordo Totalmente	Concordo mais que Discordo	Concordo Parcialmente	Discordo Parcialmente	Discordo mais que Concordo	Discordo Totalmente
14	Sinto-me bem acerca de meu futuro	CT	CD	CP	DP	DC	DT
10	Tenho uma sensação de bem-estar à respeito do rumo que minha vida está tomando.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
8	Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a minha vida.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
18	A vida não tem muito sentido.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
12	Não aprecio muito a vida.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
16	Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
4	Sinto que a vida é uma experiência positiva.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
6	Sinto-me inquieto quanto ao meu futuro.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
20	Sinto que existe algum verdadeiro propósito para a minha vida.	CT	CD	CP	DP	DC	DT
2	Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou.	CT	CD	CP	DP	DC	DT

ANEXO F – Termo de coparticipação em projeto de pesquisa

Termo de coparticipação em Projeto de Pesquisa

Projeto de Pesquisa: ***Avaliação do Bem-Estar Espiritual em indivíduos com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana e os impactos deste sobre a Saúde e o processo de Doença.***

Pesquisadores Responsáveis:

Rodrigo de Eston Armond

Álvaro Avezum

Instituição proponente: Universidade de Santo Amaro

Declaramos termos lido e concordamos com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Estas instituições estão cientes de sua corresponsabilidade como instituições coparticipantes do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nelas recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

São Paulo 13 / 10 /2016.

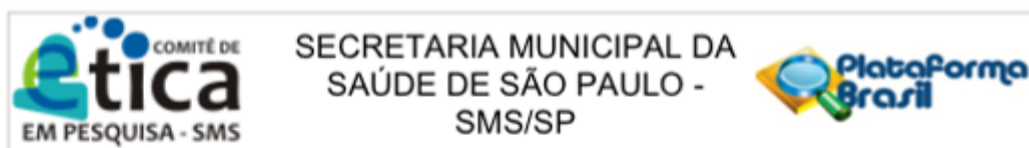


Dra. Cláudia K. Ogawa *União do Brasil*
CRM 18.780
Seção Médica de Coronariopatias
Instituto Dante Pazzanese
de Cardiologia

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – Secretaria de Estado da Saúde

CNPJ 46.374.500/0009-41

ANEXO G – Dados do projeto de pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL EM INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA CORONARIANA E OS IMPACTOS DESTES SOBRE A SAÚDE E O PROCESSO DE DOENÇA.

Pesquisador: RODRIGO ARMOND

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66615517.3.3001.0086

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.140.555

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional do tipo caso-controle no qual será avaliado o comportamento da escala a Escala de Bem-estar Espiritual para quantificar o bem-estar espiritual em amostra populacional de pacientes com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana.

Número de amostra: 250 participantes sendo 125 controle 125 com Doença Arterial Coronariana (DAC).

A amostra será constituída por pacientes atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (ACIDPC) (caso) e da Unidade Básica de Saúde de Jordanópolis, ambos no município de São Paulo (controle).

Os critérios de inclusão dos casos serão: pacientes adultos (maiores de 18 anos) portadores de DAC atendidos no ACIDPC, que se colocarem à disposição e concordarem em participar do estudo.

Os critérios de inclusão dos controles serão: pacientes adultos (maiores de 18 anos) atendidos na Unidade Básica de Saúde de Jordanópolis, que concordarem e se dispuserem a participar do estudo. O grupo controle será constituído respeitando o pareamento com o grupo caso nos quesitos "faixa de idade" (grupos a cada 5 anos) e sexo (masculino e feminino).

Os sujeitos do estudo serão entrevistados e responderão a um questionário constituído de informações pessoais com características sócio-econômicas, geográficas, clínicas e de

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.140.555

antecedentes pessoais.

Os resultados serão compilados e analisados por meio dos métodos estatísticos que se apresentarem como os mais apropriados para o tratamento dos dados obtidos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Quantificar o bem-estar espiritual dos pacientes com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana.

Objetivo Secundário: Identificar a associação do bem-estar espiritual com a Doença Arterial Coronariana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Riscos mínimos de acordo com as características da coleta de dados.

Benefícios:

Havendo relação entre a Espiritualidade e a DAC, buscar uma nova forma de auxílio a estes pacientes, ou ainda, uma maneira de prevenção."

Vale ressaltar que pode haver risco de desconforto ao responder alguma pergunta ou na participação do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia parece adequada aos objetivos propostos assim como o currículo do pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorizações para realização da pesquisa foram adequadamente apresentadas.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto liberado para iniciar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.140.555

pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. 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. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Dissertacaofinal1.docx	29/03/2017 12:55:29	RODRIGO ARMOND	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoConsentimentoLivreEsclarecido.docx	29/03/2017 12:51:57	RODRIGO ARMOND	Aceito
Outros	EscalaEBE.docx	29/03/2017 12:37:00	RODRIGO ARMOND	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoprefeitura.JPG	29/03/2017 12:29:23	RODRIGO ARMOND	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERRMODANTE.pdf	29/03/2017 12:29:01	RODRIGO ARMOND	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termopesquisador.pdf	29/03/2017 12:10:10	RODRIGO ARMOND	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/03/2017 10:50:14	RODRIGO ARMOND	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL EM INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA CORONARIANA E OS IMPACTOS DESTES SOBRE A SAÚDE E O PROCESSO DE DOENÇA.

Pesquisador: RODRIGO ARMOND

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66615517.3.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.108.472

Apresentação do Projeto:

Não houve alteração.

Objetivo da Pesquisa:

Não houve alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alteração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador apresentou a emenda para incluir nas informações básicas do projeto, dados da instituição coparticipantes que não haviam sido incluídos anteriormente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados corretamente e a carta de coparticipante acrescentada na Plataforma Brasil, devidamente assinada pelo representante legal da Instituição.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL EM INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA CORONARIANA E OS IMPACTOS DESTES SOBRE A SAÚDE E O PROCESSO DE DOENÇA.

Pesquisador: RODRIGO ARMOND

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66615517.3.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.108.472

Apresentação do Projeto:

Não houve alteração.

Objetivo da Pesquisa:

Não houve alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alteração.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador apresentou a emenda para incluir nas informações básicas do projeto, dados da instituição coparticipantes que não haviam sido incluídos anteriormente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados corretamente e a carta de coparticipante acrescentada na Plataforma Brasil, devidamente assinada pelo representante legal da Instituição.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 02.450-000

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

ID	Grupo	Idade	Sexo	Raca	EstCiv	Mora	Escol	RendFam	Qtaspass	Local	Tipo	Esgot	Agua	lixo	intern	tevinf	fezcirur	qtascir	tevcn
3	CASO	62	2	1	4	2	15	6	2	2	1	1	1	1	7	1	2	1	6
4	CASO	61	1	1	2	1	11	4	5	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1
5	CASO	80	1	1	2	1		3	3	3	1	1	2	1	4	1	1	1	2
6	CASO	60	2	1	2	1	11	3	3	2	2	1	1	1	3	1	1	1	3
7	CASO	88	1	1	4		4	2	3	3	1	1	1	1	3	1	1	1	2
9	CASO	66	1	1	3	1	4	2	3	2	2	1	1	1	3	1	1	1	2
10	CASO	61	2	1	4	2	4	3	3	3	1	1	1	1	3	1	1	2	2
12	CASO	79	2	1	2	1	4	5	5	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1
13	CASO	65	2	1	4	1	2	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	4	2
14	CASO	58	2	1	2	1	11	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2
16	CASO	74	1	1	2	1	11	5	3	3	1	1	1	2	2	1	2	1	2
17	CASO	59	1	1	2	1	15	2	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2
19	CASO	65	1	1	2	1	11	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2		2
22	CASO	55	2	1	2	1	3	2	3	3	1	1	1	1	3	1	2		2
24	CASO	72	1	1	2	1	4	2	2	2	1	1	1	1	7	1	1	1	2
25	CASO	61	1	1	2	1	8	4	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2
27	CASO	52	2	1	2	1	11	8	4	1	1	1	1	1	3	1	2		2
29	CASO	61	1	1	2	1	4	6	3	3	1	1	1	1	3	1	2		2
30	CASO	65	1	1	3	1			4	1	1	1	2	1	3	1	1	2	2
31	CASO	72	1	1	3	1	3	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2
32	CASO	59	1	1	2	1	11	3	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2
36	CASO	69	1	1	2	1	18	8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
38	CASO	68	2	1	2	1	4	2	3	3	1	1	1	1	3	1	2		2
41	CASO	60	2	1	1	2	3	1	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2
18	CASO	70	2	2	4	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	2
23	CASO	54	1	2	2	1	11	5	4	4	1	1	1	1	2	1	2		2
35	CASO	54	1	2	2	1	8	4	4	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2
26	CASO	82	1	3	2	1	11	5	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2
1	CASO	65	1	4	2	1		3	5	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
2	CASO	51	1	4	2	1	11	5	3	3	1	1	1	1	7	1	2		2
8	CASO	55	1	4	3	1	11	3	1	3	1	1	1	1	2	1	2		2
11	CASO	58	2	4	2	1	11	3	4	4	1	1	1	1	2	1	1	4	2
15	CASO	63	1	4	1	1	4	1	2	4	1	1	3	1	7	1	2	1	2
20	CASO	70	2	4	2	1	2	3	3	3	1	1	1	1	3	1	1	3	2
21	CASO	72	1	4	2	2	4	2	1	2	2	1	1	1	4	1	1	1	2
28	CASO	54	2	4	3	1	8	2	7	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2
33	CASO	70	2	4	2	1	2	2	3	3	1	1	1	1	3	1	2		2
34	CASO	66	1	4	3	2	4	1	4	1	1	1	1	1	3	1	1	4	2
37	CASO	68	2	4	4	2		1	4	4	1	1	1	1	3	1	2		1
39	CASO	63	1	4	2	1	4	6	2			1	1	1	3	1	1	4	2
40	CASO	72	2	4	4	2	4	1	3	3	1	1	3	1	7	1	2	1	2
42	CASO	90	1	4	4	2	4	1	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	2

[illegible]

K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	BEM ESTAR EXISTENCIAL	Nível	BEM-ESTAR ESPIRITUAL	Nível
	6	6	6	6	3	1	6		6	46	Moderado	106	Alto
	4	4	6	3	5	3	4	3	6	42	Moderado	95	Moderado
	6	6	4	5	3	6	6		4	46	Moderado	106	Alto
	2	2	2	2	2	2	5	2	2	23	Moderado	79	Moderado
	5	5	5	6	6	5	6	2	6	52	Alto	112	Alto
	6	6	6	6	6	4	6	5	6	51	Alto	111	Alto
	5	5	6	3	6	3	6	3	1	44	Moderado	52	Moderado
	5	5	6	6	6	5	5	5	6	55	Alto	115	Alto
	5	5	6	5	6	4	5	6		42	Moderado	98	Moderado
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	Alto	120	Alto
	6	3	6	6	5	1	6	2	6	45	Moderado	103	Alto
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	Alto	117	Alto
	6	6	5	6	5	4	6	6	2	52	Alto	93	Moderado
	6	6	6	6	4	6	5	5	6	55	Alto	107	Alto
	3	5	2		6	4	4	5	5	39	Moderado	87	Moderado
	5	5	5	5	6	3	6	5	6	51	Alto	110	Alto
	4	5	5	6	5	6	5	3	6	49	Moderado	99	Moderado
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	Alto	120	Alto
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	Alto	120	Alto
	4	5	4	6	6	5	5	4	5	49	Moderado	103	Alto
	5	6	6	6	6	6	6	6	6	59	Alto	119	Alto
	5	3	1	2	5	2	6	4	6	40	Moderado	100	Alto
	4	6	4	4	6				5	32	Moderado	70	Moderado
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	Alto	120	Alto
	6	6	5	6	6	5	6	6	6	58	Alto	114	Alto
	2	5	6	6	6	6	6	6	5	49	Moderado	104	Alto
	6	6	4	6	5	5	5	1	6	50	Alto	105	Alto
	6	5	5	5	5	5	6	6	6	55	Alto	109	Alto
	4	3	5	5	6	6	5	3	5	48	Moderado	98	Moderado
	4	6	4	6	6	4	4	3	6	49	Moderado	107	Alto
	3	4	4	5	6	3	5	3	6	45	Moderado	104	Alto
	5	5	5	5	5	5	6	5	2	48	Moderado	98	Moderado
	2	1	4	3	1	2	4	3	5	28	Moderado	77	Moderado
	6	6	6	6	6	4	6	6	1	53	Alto	113	Alto
	6	5	6	6	6	6	6	6	6	59	Alto	118	Alto
	6	6	5	6	6	4	6	6	6	51	Alto	111	Alto
	6	6	5	5	6	4	6	6	6	51	Alto	103	Alto
	5	5	5	5	5	5	5	5	6	49	Moderado	103	Alto
	6	6	5	6	6	6	6	5	6	58	Alto	112	Alto
	4	4	6	6	6	6	6	3	6	53	Alto	113	Alto
	5	6	6	1	6	1	6	6	6	43	Moderado	103	Alto
	5	4	4	6	6	4	6	4	6	51	Alto	110	Alto

ID	Grupo	Sexo	Raca	EstCiv	Mora	Escol	RendFam	Qtaspass	Local	Tipo	Esgot	Agua	lixo	intern	tevinf	fezcirur	qtascir	tevcn
51	CONTROLE	54	1	1	2	1	15	11	4	1	1	1	1	3	2	2	0	2
52	CONTROLE	50	1	2	5	1	7	1	2	2	1	1	1	2	1	2	0	2
59	CONTROLE	54	2	1	2	1	8	5	2	1	1	1	1	5	1	2	1	2
60	CONTROLE	70	2	3	2	1	4	1	3	1	1	1	1	3	1	2	1	2
61	CONTROLE	57	2	1	2	1	11	2	4	1	1	1	1	3	2	2	0	2
62	CONTROLE	51	2	4	4	1	8	1	3	4	1	1	1	2	2	2	0	2
64	CONTROLE	64	2	1	2	1	11	1	2	1	1	1	1	3	1	2	0	2
65	CONTROLE	60	2	1	2	1	18	15	3	1	1	1	1	3	1	2	1	2
67	CONTROLE	50	2	4	2	1	4	2	6	1	1	1	1	3	2	2	0	2
74	CONTROLE	57	2	4	2	1	11	3	2	1	1	1	1	3	1	2	2	0
76	CONTROLE	55	2	1	2	1	8	4	4	1	1	1	1	3	1	2	1	2
77	CONTROLE	67	1	1	2	1	4	2	1	1	1	1	1	3	2	2	0	2
78	CONTROLE	65	1	1	2	1	8	3	2	1	1	1	1	3	2	2	1	2
83	CONTROLE	64	2	4	2	1	8	5	4	1	1	1	1	3	1	2	1	2
86	CONTROLE	55	2	1	1	1	5	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2
89	CONTROLE	56	2	1	2	1	4	3	2	4	1	3	1	3	1	2	1	2
92	CONTROLE	58	1	1	2	1	8	3	3	1	1	1	1	3	2	2	0	2
95	CONTROLE	63	1	4	3	1	7	3	2	1	1	1	1	3	2	2	0	2
96	CONTROLE	65	2	1	2	1	4	3	4	3	1	1	1	2	2	2	0	2
97	CONTROLE	73	1	1	2	1	4	3	3	1	1	1	1	3	2	2	0	2
98	CONTROLE	76	1	1	2	1	4	5	4	1	1	1	1	2	1	2	1	2
99	CONTROLE	64	1	1	2	1	15	7	2	1	1	1	1	5	2	2	0	2
101	CONTROLE	58	1	1	2	1	18	7	4	1	1	1	1	4	2	2	0	2
102	CONTROLE	60	1	1	2	1	11	7	3	1	1	1	1	5	1	2	0	2
103	CONTROLE	69	1	1	2	1	15	7	2	1	1	1	1	1	1	2	3	1
104	CONTROLE	48	1	1	2	1	24	7	4	1	1	1	1	7	2	2	0	2
105	CONTROLE	49	1	1	2	1	15	7	4	1	1	1	1	3	2	2	0	2
104	CONTROLE	84	1	1	2	1	18	7	2	1	1	1	1	4	1	2	1	2
66	CONTROLE	58	2	1	4	2	5	4	5	1	1	1	1	3	2	2	0	2
68	CONTROLE	71	2	1	4	2	4	1	2	1	1	1	1	3	1	2	1	2
69	CONTROLE	57	2	4	3	2	8	2	3	1	1	1	1	3	1	2	0	2
70	CONTROLE	52	2	4	4	2	2	7	6	1	1	1	1	3	1	2	0	2
73	CONTROLE	64	1	4	2	2	5	3	3	1	1	1	1	3	2	2	0	2
75	CONTROLE	58	2	4	4	2	4	1	1	1	1	1	1	3	2	2	0	2
80	CONTROLE	60	2	2	1	2	5	2	2	1	1	1	1	3	2	2	0	2
81	CONTROLE	58	2	4	4	2	7	2	2	1	1	1	1	3	1	2	0	2
82	CONTROLE	70	2	1	4	2	3	2	3	2	2	1	1	3	2	2	0	2
84	CONTROLE	69	1	4	1	2	4	2	4	1	1	1	1	3	2	2	0	2
85	CONTROLE	66	2	1	1	2	15	1	1	2	1	1	1	3	2	2	0	2
87	CONTROLE	55	2	2	1	2	6	1	1	2	1	1	1	3	1	2	0	2
88	CONTROLE	55	2	1	4	2	2	3	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2
90	CONTROLE	65	2	1	2	2	4	1	5	1	1	1	1	3	1	2	3	2
91	CONTROLE	76	2	1	3	2	4	1	5	1	1	1	1	3	1	2	1	2
93	CONTROLE	68	1	1	4	2	4	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	2
94	CONTROLE	76	2	1	4	2	4	2	3	1	1	1	1	3	1	2	0	2
100	CONTROLE	63	1	1	3	2	4	2	1	1	1	1	1	5	1	2	0	2

K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	BEM ESTAR EXISTENCIAL	Nível	BEM-ESTAR ESPIRITUAL	Nível
	6	6	6	6	6	6	5	6	6	59	Alto		
	6	4	5	6	6	6	6	3	6	54	Alto		
	6	6	6	5	6	6	6	6	6	58	Alto	114	Alto
	6	6	4	6	6	3	6	4	6	53	Alto	112	Alto
	4	6	5	6	5	6	6	5	6	55	Alto	109	Alto
	3	2	4	3	5	2	5	2	4	36	Moderado	85	Moderado
	6	4	6	1	6	3	6	1	6	45	Moderado	105	Alto
	6	6	6	6	6	6	6	5	6	59	Alto	114	Alto
	4	4	5	6	6	6	5	2	6	49	Moderado	99	Moderado
	4	5	6	6	6	3	6	6	6	54	Alto	114	Alto
	4	4	4	6	6	4	4	3	6	44	Moderado	104	Alto
	5	5	5	6	2	5	6	3	6	48	Moderado	104	Alto
	6	6	6	6	6	4	6	6	6	58	Alto	118	Alto
	5	5	6	6	6	6	6	6	6	54	Alto	114	Alto
	5	5	5	5	5	3	5	5	5	49	Moderado	100	Alto
	5	4	5	3	6	3	5	3	5	44	Moderado	102	Alto
	1	1	1	6	6	4	6	6	1	38	Moderado	86	Alto
	4	4	4	3	6	3	5	2	5	40	Moderado	94	Moderado
	3	6	4	6	6	1	5	4	5	46	Moderado	100	Alto
	5	5	5	5	6	5	5	5	3	49	Moderado	109	Alto
	5	5	6	5	6	3	5	5	5	49	Moderado	108	Alto
	3	4	3	6	6	4	6	2	6	46	Moderado	94	Moderado
	5	5	5	6	6	1	6	1	6	47	Moderado	102	Alto
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	60	Alto	120	Alto
	6	5	6	6	6	6	6	6	6	59	Alto	107	Alto
	6	5	4	6	5	5	6	6	6	54	Alto	109	Alto
	6	5	6	6	6	6	6	6	6	59	Alto	119	Alto
	6	5	5	6	5	5	6	5	2	51	Alto	111	Alto
	4	5	5	6	6	5	5	6	6	54	Alto	101	Alto
	6	6	6	6	6	5	6	6	6	54	Alto	114	Alto
	5	5	5	6	6	5	5	5	6	54	Alto	105	Alto
	6	5	4	6	6	6	6	5	6	56	Alto	112	Alto
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	100	Alto
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	Alto	100	Alto
	5	5	5	5	6	3	5	5	6	51	Alto	110	Alto
	4	4	4	4	6	6	4	0	6	44	Moderado	103	Alto
	1	4	1	4	6	3	6	1	6	38	Moderado	94	Moderado
	5	5	5	3	5	3	5	5	6	47	Moderado	103	Alto
	5	4	4	4	3	3	5	3	5	42	Moderado	102	Alto
	5	5	4	5	5	3	5	3	5	45	Moderado	96	Moderado
	5	5	4	4	6	3	5	5	5	44	Moderado	94	Moderado
	5	5	5	6	6	4	5	5	6	52	Alto	110	Alto
	5	5	5	6	6	4	5	5	5	52	Alto	110	Alto
	5	6	6	6	6	4	5	6	6	56	Alto	116	Alto
	5	6	6	6	6	4	5	6	6	56	Alto	116	Alto
	6	5	6	6	2	4	2	6	6	49	Moderado	109	Alto