

Bem-estar espiritual, ansiedade e depressão no pré-operatório de cirurgia cardíaca

Spiritual well-being, anxiety and depression in the preoperative period of cardiac surgery

Como citar este artigo:

Gomes ET, Bezerra SMMS. Spiritual well-being, anxiety and depression in the preoperative period of cardiac surgery. Rev Rene. 2022;23:e81343. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222381343>

 Eduardo Tavares Gomes¹

 Simone Maria Muniz da Silva Bezerra¹

¹Universidade de Pernambuco.
Recife, PE, Brasil.

Autor correspondente:

Eduardo Tavares Gomes
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419
Cerqueira César, CEP: 05403-000,
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: edutgs@hotmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Viviane Martins da Silva

EDITOR ASSOCIADO: Luciano Marques dos Santos

RESUMO

Objetivo: to correlate religiosity and spiritual well-being with anxiety and depression in patients in the preoperative period of cardiac surgery. **Methods:** cross-sectional study conducted with 174 patients admitted to a university hospital using the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Spiritual Well-Being Scale, and the DUKE Religiosity Index. **Results:** the religious well-being and religiosity dimensions did not present significant differences between anxious and non-anxious patients. Existential well-being showed lower scores than religious well-being, being significantly lower among anxious patients. Among patients with depressive symptoms, the existential well-being score was significantly lower. Religiosity and religious well-being were not different between depressed and non-depressed patients. **Conclusion:** religiosity and spirituality did not exempt patients from presenting anxiety and depression in the preoperative period of cardiac surgery, although they are cited as mediators of coping strategies and psychological adaptation. **Contributions to practice:** the present study provides evidence that religiosity does not exempt patients from being anxious while waiting for heart surgery. **Descriptors:** Preoperative Period; Anxiety; Depression; Spirituality; Perioperative Nursing.

ABSTRACT

Objetivo: correlacionar a religiosidade e o bem-estar espiritual com a ansiedade e a depressão em pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Métodos:** estudo transversal realizado com 174 pacientes internados em um hospital universitário, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, a Escala de Bem-Estar Espiritual e o Índice de Religiosidade de DUKE. **Resultados:** o bem-estar religioso e as dimensões da religiosidade não apresentaram diferenças significativas entre ansiosos e não ansiosos. O bem-estar existencial apresentou escores mais baixos do que o religioso, sendo significativamente menor entre pacientes ansiosos. Entre pacientes com sintomas depressivos, o escore de bem-estar existencial foi significativamente mais baixo. A religiosidade e o bem-estar religioso não foram diferentes entre pacientes depressivos e não depressivos. **Conclusão:** a religiosidade e a espiritualidade não isentaram os pacientes de apresentar ansiedade e depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, embora sejam citadas como mediadoras de estratégias de enfrentamento e adaptação psicológica. **Contribuições para a prática:** o presente trabalho fornece evidência de que a religiosidade não isenta o paciente de se apresentar ansioso à espera da cirurgia cardíaca.

Descritores: Período Pré-Operatório; Ansiedade; Depressão; Espiritualidade; Enfermagem Perioperatória.

Introdução

O binômio espiritualidade-religiosidade facultada ao indivíduo, além do enfrentamento da doença, a possibilidade de crescimento espiritual e de ganho existenciais com a experiência. A dimensão espiritual do indivíduo deve ser considerada como algo necessário à compreensão de saúde, sob a ótica da integralidade. Tal perspectiva deve contemplar a construção de políticas de saúde, além de nortear a prática assistencial à beira do leito e a formação de profissionais com competências para tal abordagem. Através do olhar para essa dimensão, amplia-se o entendimento da saúde também como harmonia do ser, em essência, com sua transcendência e integralidade⁽¹⁾. Este olhar para a saúde que inclui a integralidade e a subjetividade do indivíduo, nas dimensões psicoemocionais e espirituais, requer formação profissional, ambiência, relações adequadas e disponibilidade para se abarcar as necessidades do outro de forma holística⁽²⁾.

Todas essas dimensões repercutem na forma com que o indivíduo enfrenta o adoecimento, o internamento ou uma cirurgia. A possibilidade de insucesso e a repercussão do evento tornam as cirurgias, de modo geral, grandes fontes de estresse⁽³⁾. Em particular, a cirurgia cardíaca se destaca como estressor por vários aspectos, desde o fato de se abordar um órgão considerado o mais nobre e relacionado à vida, até o desconhecido que a envolve. Esse contexto é causador de angústia de cunho emocional e espiritual nos indivíduos, frequentemente traduzida em ansiedade e depressão⁽³⁻⁶⁾.

O desconhecimento do trâmite cirúrgico deve ser passível de intervenção do enfermeiro, podendo ser abordado com estratégias de comunicação ativa e de educação em saúde⁽⁶⁾. Estudos anteriores conseguiram identificar a importância do conhecimento sobre cirurgia e de desfechos como a ansiedade e a depressão perioperatórias, dando enfoque significativo nas últimas décadas para o papel do enfermeiro como educador no ambiente hospitalar e como promotor de saúde e bem-estar, através das intervenções educati-

vas. Contudo, apenas mais recente e parcamente vêm-se levantando evidências sobre como a religiosidade e a espiritualidade podem ser utilizadas no mesmo sentido^(2,5-8).

Investigar as relações de aspectos psicoespirituais fornece subsídios a uma compreensão holística do indivíduo. Esta pesquisa buscou ampliar a compreensão sobre as relações do bem-estar espiritual e da religiosidade com a ansiedade e a depressão no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Por hipótese a ser testada, pressupõe-se que uma maior religiosidade e bem-estar espiritual teriam correlação com menor ansiedade e depressão pré-operatória, favorecendo a compreensão das estratégias de adaptação psicológica.

Diante do exposto, objetivou-se correlacionar a religiosidade e o bem-estar espiritual com a ansiedade e a depressão em pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca.

Métodos

Estudo transversal, analítico, realizado nas enfermarias de um hospital universitário de referência em cirurgia cardíaca no Nordeste do Brasil, entre maio e outubro de 2019. O hospital conta com 256 leitos de internamento dedicados à cardiologia, além de emergência cardiológica e ambulatório.

A amostra foi calculada utilizando-se o *software* R, versão 4.1.2, considerando-se um erro α de 5% e um nível de confiança de 95%, tendo por referência outro estudo que utilizou a mesma escala na mesma população⁽⁶⁾. Adotou-se o erro máximo de 1,5 ponto na média. Calculou-se uma amostra de 130 pacientes, considerando-se uma estimativa de 200 cirurgias cardíacas realizadas, em média, em um período de cinco meses de coleta. No entanto, optou-se por coletar 30% a mais em relação ao valor calculado por meio de fórmula, sendo, ao final, coletados um total de 174 pacientes. Adotou-se um processo de amostragem por conveniência, de acordo com a programação cirúrgica.

Os critérios de inclusão foram: estar interna-

do em período pré-operatório de cirurgia cardíaca de revascularização miocárdica, troca ou plastia valvar, e ter ciência da cirurgia. Foi estabelecido como critério de exclusão: pacientes com qualquer condição clínica ou psicológica que dificultasse ou inviabilizasse a entrevista ou a tornasse desconfortável; uso prévio de antidepressivo, independente do período do uso; diagnóstico médico prévio de transtornos de humor, de ansiedade ou qualquer outro transtorno psiquiátrico, em qualquer período da vida. Dentre os abordados, apenas oito pacientes não foram incluídos, devido ao uso de antidepressivos ou diagnóstico prévio de transtorno de humor ou ansiedade. Não houve recusa.

Os pesquisadores utilizaram como instrumentos de pesquisa um formulário impresso, contendo um questionário próprio para caracterização sociodemográfica e registro de dados da cirurgia e do pré-operatório, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (EHAD)⁽⁴⁾, a Escala de Bem-Estar Espiritual⁽⁵⁾ e o Índice de Religiosidade de DUKE⁽⁶⁾. Os pesquisadores tinham treinamento prévio e experiência de outras pesquisas com as escalas utilizadas.

A EHAD é composta por 14 questões, divididas em duas subescalas de sete itens para avaliar cada desfecho em separado. Foi adotado o ponto de corte de nove pontos para cada subescala, para definir a presença de ansiedade e depressão. A referida escala tem aplicação estimada de até 10 minutos, tendo sido validada nessa mesma população, com a vantagem de não conter avaliação de sintomas somáticos que pudessem trazer viés de confusão com a sintomatologia da doença cardíaca de base⁽³⁻⁴⁾.

A Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE) é dividida em uma subescala de Bem-Estar Religioso (BER) e uma de Bem-Estar Existencial (BEE). A escala é tipo Likert de seis opções (de 1 a 6 pontos por item), com 20 itens, sendo que, quanto maior a pontuação resultante, maior retratará a dimensão do bem-estar aferida. A versão em português da escala também foi validada para a mesma população de pacientes internados aguardando a cirurgia cardíaca⁽⁵⁾.

O Índice de Religiosidade de Duke (DUREL) é

uma escala do tipo Likert de cinco itens, que avalia: Religiosidade Organizacional (RO, item 1, de 1 a 6 pontos, sendo quanto maior a pontuação, melhor o resultado), Religiosidade Não Organizacional (RNO, item 2, de 1 a 6 pontos) e Religiosidade Intrínseca (RI, itens 3, 4, 5, de 3 a 15 pontos)⁽⁶⁾. Para essa escala, quanto maior a pontuação, melhor a avaliação de religiosidade em cada dimensão.

Os dados foram compilados no *software* Microsoft Excel 2013 e analisados no SPSS 20.0. Pelo teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov confirmou-se a distribuição normal ($p \geq 0,05$). Para comparação entre a média dos escores das escalas entre ansiosos e não ansiosos foi utilizado o teste t, com nível de significância de 5%. Calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson para verificar correlação entre as escalas e, por fim, a consistência interna dos itens das escalas foi avaliada pelo alfa de Cronbach. As correlações foram consideradas fracas se $< 0,3$, moderada entre 0,3 e 0,7 e forte se $> 0,7$.

A pesquisa foi elaborada de acordo com a Resolução nº466/12, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 1.915.220/2017).

Resultados

A amostra totalizou 174 pacientes avaliados. A distribuição do sexo foi equilibrada, tendo ligeira maioria de homens (50,6%). A maior parte dos pacientes (54,6%) era casada ou com companheiro, católica (55,2%) e proveniente do interior do estado (49,1%). Dos entrevistados, 55,7% tinham acima de 60 anos, com média de idade de $59,16 \pm 13,86$ anos. Da amostra, dois terços afirmaram não ter atividade laboral (66,7%). A renda média foi de $1,31 \pm 0,96$ salários-mínimos vigentes no período (R\$998,00), sendo que 70,7% informaram receber até um salário. Experiências prévias de terem sido submetidos a uma cirurgia cardíaca foram relatadas por 22,5%, e a de ter uma cirurgia cancelada por qualquer motivo foi de 34,5%.

Em média, os pacientes ficaram internados por um tempo considerado longo (22,06±11,08 dias), sendo maior que 15 dias para 70,7%. O período médio de pré-operatório foi de 20,95±29,78 dias, com 56,9% dos pacientes em até 15 dias e 43,1% com período superior a 15 dias. Para a grande maioria dos pacientes, havia um acompanhante (85,6%), e a maioria relatou pelo menos uma visita religiosa na enfermaria durante o internamento (65,5%), porém não foi observada tão frequentemente uma visita diária de familiares (25,3%). Em apenas 6,9% dos casos houve solicitação de visita religiosa.

Foi realizada análise de correlação de Pearson entre as variáveis quantitativas idade, anos de estudo, número de filhos, tempo de internamento, tempo de pré-operatório, número de cancelamentos e ansiedade e depressão. A ansiedade teve correlação inversa fraca com a idade ($r=-0,209$; $p=0,006$) e positiva fraca com o número de cancelamentos ($r=0,193$; $p=0,011$). Já a depressão apresentou ainda correlação fraca positiva

com tempo de internamento ($r=0,159$; $p=0,036$), assim como teve correlação fraca com o número de cancelamentos ($r=0,269$; $p\leq 0,001$). Nas outras análises não houve correlação significativa.

Para as mesmas variáveis quantitativas, não houve associação significativa seja no cruzamento com a religiosidade organizacional ou com a não organizacional. Também não foi verificada associação significativa no cruzamento entre dessas variáveis com o bem-estar espiritual e seus domínios.

A Tabela 1 apresenta dados relevantes da relação entre as variáveis ansiedade, religiosidade e bem-estar espiritual. O bem-estar religioso e as dimensões da religiosidade avaliadas não apresentaram diferenças significativas entre ansiosos e não ansiosos. Contudo, o bem-estar existencial apresentou escores mais baixos do que o religioso, sendo significativamente menor entre os pacientes ansiosos ($p<0,010$), o que repercutiu no menor bem-estar espiritual total também nesse grupo ($p<0,010$).

Tabela 1 – Médias e desvios-padrões dos escores de bem-estar espiritual e religiosidade em pacientes ansiosos e não ansiosos (n=174). Recife, PE, Brasil, 2019

Variáveis	Ansioso	Não ansioso	p*	Depressivo	Não depressivos	p*
Bem-estar						
Religioso	55,83±9,67	55,10±7,42	0,570	55,87±6,12	55,18±8,46	0,670
Existencial	38,19±8,53	48,45±6,92	<0,010	39,45±8,79	46,96±8,11	<0,010
Espiritual	94,02±15,19	103,56±12,73	<0,010	95,32±11,35	102,14±14,35	0,010
Religiosidade						
Organizacional	3,92±1,29	4,30±1,47	0,110	4,22±1,31	4,19±1,45	0,890
Não organizacional	4,83±1,37	4,65±1,22	0,390	4,74±1,18	4,69±1,27	0,840

*Teste t

Entre os pacientes com sintomas depressivos, o escore de bem-estar existencial foi significativamente mais baixo que entre os não depressivos, repercutindo em menor resultado também de bem-estar espiritual total. A religiosidade e o bem-estar religioso não foram significativamente diferentes entre depressivos e não depressivos (Tabela 1).

Por fim, a Tabela 2 mostra que houve correlação

moderada e inversa entre o bem-estar existencial e a ansiedade e a depressão, ou seja, quanto maior estes, menor os escores de bem-estar existencial, o que repercutiu também de forma significativa no bem-estar espiritual ($p<0,010$). As religiosidades organizacional e não organizacional não apresentaram correlação com a ansiedade e a depressão de forma estatisticamente significativa.

Tabela 2 – Correlação do bem-estar espiritual e da religiosidade com ansiedade e depressão em indivíduos no pré-operatório de cirurgia cardíaca (n=174). Recife, PE, Brasil, 2019

Variáveis	Ansiedade		Depressão	
	r*	p	r*	p
Religiosidade				
Organizacional	-0,030	0,695	0,005	0,950
Não organizacional	0,078	0,309	0,012	0,872
Bem-estar				
Religioso	0,033	0,668	-0,062	0,419
Existencial	-0,543	<0,01	-0,467	<0,01
Espiritual	-0,316	<0,01	-0,324	<0,01

*r: coeficiente de correlação de Pearson

Sobre o uso das escalas, pode-se afirmar que a fidedignidade da aplicação na amostra foi considerada elevada, tanto para o desfecho Ansiedade (alfa de Cronbach = 0,815) quanto para a Depressão (alfa de Cronbach = 0,845). Ambas as dimensões do bem-estar espiritual (religioso e existencial) tiveram boa fidedignidade ($\alpha=0,844$; $\alpha=0,703$), assim como a escala de bem-estar espiritual apresentou boa confiabilidade ($\alpha=0,789$). A religiosidade intrínseca não obteve uma confiabilidade suficiente ($\alpha=0,482$) na amostra, não sendo incluída nas outras análises.

Discussão

Sintomas de ansiedade e depressão pré-operatórios podem perdurar por semanas após a cirurgia, podendo interferir na recuperação e adaptação dos pacientes às mudanças advindas da cirurgia na evolução da dor pós-operatória, e até mesmo estar relacionados a um aumento da mortalidade pós-operatória⁽⁹⁻¹¹⁾.

Os sentimentos pré-operatórios da cirurgia cardíaca envolvem o medo e a expectativa de futuro, a religiosidade e a introspecção⁽³⁾, e há referências de que o suporte familiar e a espiritualidade são os principais fatores de que os indivíduos se utilizam para enfrentar o trâmite cirúrgico e controlar a ansiedade pré-operatória^(9,12-13). A cirurgia também pode favorecer que os indivíduos revisitem suas próprias vidas e

suas relações, relacionando-se com a possibilidade de bem-estar existencial a partir da resolução de outras crises ou de uma nova valoração para elas⁽¹²⁾.

Um estudo piloto verificou que há correlação forte entre ansiedade e depressão e a percepção dos sintomas, mas não conseguiu encontrar associação significativa entre a percepção dos sintomas e a religiosidade⁽¹³⁾. Provavelmente, considerando estes estudos e os nossos achados, o impacto da religiosidade no enfrentamento da cirurgia cardíaca é mediado pela ansiedade, ou seja, a religiosidade repercute na ansiedade e, assim, melhora a sensação de bem-estar e o enfrentamento de sintomas e da própria cirurgia.

Em nosso estudo, bem-estar existencial, relacionado às crises existenciais vivenciadas no período, apresentou resultados menos expressivos que o bem-estar religioso, sendo significativamente menor entre os pacientes ansiosos e depressivos, o que acarreta um menor bem-estar espiritual total também nesse grupo. Pode-se inferir que os pacientes mantêm elevados níveis de bem-estar religioso na relação com Deus e sua religiosidade, mas que essa religiosidade não se traduz com a mesma força no enfrentamento das crises vivenciadas⁽¹⁴⁾.

A correlação moderada e inversa encontrada aqui entre o bem-estar existencial e a ansiedade e a depressão repercutiu também, de forma significativa, no bem-estar espiritual, corroborando a ideia de que as crises existenciais se expressam em ansiedade e depressão. A ausência de correlação significativa com os domínios da religiosidade evidencia que a ansiedade e a depressão podem ocorrer mesmo nos que referem elevados escores de religiosidade.

As vivências dos pacientes no aguardo de uma cirurgia cardíaca, relacionadas às mudanças e limitações advindas da cirurgia, são potenciais geradoras de conflitos existenciais, e a espiritualidade pode ser uma fonte de possibilidades em meio ao desconhecido que a cirurgia representa, sendo uma forma de o prognóstico incerto não ser tão sombrio⁽¹⁵⁾.

Dois outros trabalhos apontaram que pacientes com elevados escores de religiosidade apresentam

menores níveis de ansiedade pré-operatória, contudo, em ambos os estudos, não ficou clara a distinção entre os construtos religiosidade e espiritualidade^(2,16). No nosso trabalho, as escalas utilizadas foram traduzidas e validadas para os construtos a que se propõem e de forma a diminuir o viés de confusão na análise destes.

O *coping*, ou enfrentamento religioso-espiritual, é de suma importância. Há estudos que evidenciam que o *coping* sustentativo, que inclui a espiritualidade, chega a ser utilizado por até 50% dos pacientes, e que os pacientes buscam manter sentimentos positivos e de busca por fé e esperança. Estes pacientes utilizam recursos religiosos e espirituais para tal, demonstrando o quanto a religiosidade e a espiritualidade são importantes para o paciente e, por conseguinte, devem receber atenção dos enfermeiros e profissionais envolvidos no cuidar⁽¹²⁻¹³⁾. Estudos apontam que não há diferenças entre a influência benéfica que a intervenção psicológica pode trazer em relação à intervenção espiritual, favorecendo as evidências da importância da abordagem da espiritualidade e da religiosidade para esses pacientes⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Limitações do estudo

O presente estudo teve por limitação o fato de os achados refletirem a realidade de apenas um serviço e não considerarem diretamente questões culturais acerca dos sistemas de crenças religiosas ou da religiosidade em si. A abordagem qualitativa poderia aprofundar o estudo deste objeto oferecendo contribuição valiosa. Os resultados podem ser diferentes em outros serviços ou em outras culturas com rotinas de visita de enfermagem e educação pré-operatória diferentes.

Contribuições para a prática

Contribuem para a prática assistencial a evidência e a reflexão sobre como a espiritualidade e a religiosidade podem se correlacionar positivamente com menor ansiedade e depressão no período pré-

-operatório de cirurgia cardíaca. Profissionais que assistem a pacientes em condições similares aos da pesquisa têm mais evidências sobre a importância de desenvolver habilidades para a abordagem da espiritualidade e religiosidade dos pacientes e o impacto de intervenções neste sentido.

Conclusão

A religiosidade e a manutenção do bem-estar espiritual estão mais associadas a um traço da personalidade que a uma condição situacional, mesmo que se considere a cirurgia cardíaca e o tempo de internamento como grandes estressores. Neste estudo, observou-se correlação significativa entre o bem-estar existencial e a ansiedade e a depressão. Estes desfechos não foram correlacionados de forma significativa com a religiosidade.

Na amostra em estudo, a religiosidade e a espiritualidade não isentaram o indivíduo de apresentar ansiedade e depressão perante as crises existenciais experienciadas, contudo, assim como referido na literatura, servem para facilitar esse enfrentamento.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam investigadas e resolvidas adequadamente: Gomes ET, Bezerra SMMS.

Referências

1. Zerbetto SR, Gonçalves AMS, Santile N, Galera SAF, Acorinte AC, Giovannetti G. Religiosity and spirituality: mechanisms of positive influence on the life and treatment of alcoholics. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):e20170005. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170005>

2. Rabelo ACS, Souza FVFS, Silva LFD. Contribution of transpersonal care to cardiac patients in the postoperative period of heart surgery. *Rev Gaucha Enferm.* 2018;38(4):e64743. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.64743>
3. Neupane I, Arora RC, Rudolph JL. Cardiac surgery as a stressor and the response of the vulnerable older adult. *Exp Gerontol.* 2017;87(Pt B):168-174. doi: <http://doi.org/10.1016/j.exger.2016.04.019>
4. Gomes ET, Bezerra SMMS. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale in the preoperative period of cardiac surgery. *Enferm Brasil.* 2018;17(3):273-8. doi: <http://doi.org/10.33233/eb.v17i3>
5. Gomes ET, Bezerra SMMS. Validation of the Spiritual Well-Being Scale for hospitalized patients in the preoperative period. *J Bras Psiquiatr.* 2018;67(3):179-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000199>
6. Silva JV, Dias BVB. Assessment of the psychometric properties of the Portuguese version of the Duke University Religiosity Index (P-DUREL). *Rev Min Enferm.* 2017;21:e-1012. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170022>
7. Nicoletti EM, Hillesheim SF, Zamberlan C, Maldaner CR, Rosa N, Pitthan L. Anxiety and intensity of the painful experience in perioperative cardiac surgery. *Braz J Health Rev.* 2021;4(2):9162-72. doi: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n2-419>
8. Coiro CL, Ruschel PP. Anxiety and pain in the post-operative of heart surgery: is there a difference between gender? *Psicol Hosp [Internet].* 2019 [cited July 13, 2022];17(1):2-16. Available from: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v17n1/17n1a02.pdf>
9. Magid K, El-Gabalawy R, Maran A, Serber ER. An examination of the association between post-traumatic growth and stress symptomatology in cardiac outpatients. *J Clin Psychol Med Settings.* 2019;26(3):271-81. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s10880-018-9585-4>
10. Takagi H, Ando T, Umemoto T, ALICE (All-Literature Investigation of Cardiovascular Evidence) Group. Perioperative depression or anxiety and postoperative mortality in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Heart Vessels.* 2017;32(12):1458-68. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s00380-017-1022-3>
11. Pagé MG, Watt-Watson J, Chomiere M. Do depression and anxiety profiles over time predict persistent post-surgical pain? A study in cardiac surgery patients. *Eur J Pain.* 2017;21(6):965-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.998>
12. Ai AL, Carretta H. Depression in patients with heart diseases: gender differences and association of comorbidities, optimism, and spiritual struggle. *Int J Behav Med.* 2021;28(3):382-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-020-09915-3>
13. Farag P, Behzadi A. Investigating the relationship between religiosity and psychological distress among surgical inpatients: a pilot study. *J Relig Health.* 2018;57(1):291-310. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-017-0459-0>
14. Aliche JC, Ifeagwazi CM, Chukwuorji JC, Eze JE. Roles of religious commitment, emotion regulation and social support in preoperative anxiety. *J Relig Health.* 2020;59(2):905-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-018-0693-0>
15. Gomes ET, Oliveira RC, Bezerra SMMS. Being-patient-waiting-for-cardiac-surgery: the preoperative period under the Heideggerian perspective. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(5):2535-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0506>
16. Ai AL, Fincham FD, Carretta H. ADL and IADL following open-heart surgery: the role of a character strength factor and preoperative medical comorbidities. *J Relig Health.* 61(1):479-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-020-01146-w>
17. Hart AC, Pargament KI, Grubbs JB, Exline JJ, Wilt JA. Predictors of self-reported growth following religious and spiritual struggles: exploring the role of wholeness. *Religions.* 2020;11(9):445. <https://doi.org/10.3390/rel11090445>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons