

ESPIRITUALIDADE NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA GRAVE EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM UMA REGIÃO DO NORDESTE DO BRASIL

SPIRITUALITY IN THE PERCEPTION OF PATIENTS WITH SEVERE DISEASE
DIAGNOSED IN HOME CARE SERVICE IN A REGION OF NORTHEASTERN BRAZIL

ESPIRITUALIDAD EN LA PERCEPCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ENFERMEDAD GRAVE EN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIAR EN UNA REGIÓN
DEL NORDESTE DE BRASIL

Ricardo Raphael Antônio da Silva¹, Igor Fábio Sobral Gomes¹, Luana Sofia Barbosa Vasconcelos
Silva², Dinamercio Baracho Lima¹, Osnir de Sá Viana¹.

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife-PE, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-PE, Brasil.

E-mail do autor correspondente: ricardo.silva@estudante.fps.edu.br

RESUMO

Objetivo: compreender a visão que pacientes com doenças graves têm sobre a espiritualidade e religiosidade, investigando mudanças nessa percepção após o diagnóstico. **Método:** Este é um estudo exploratório e de corte transversal. Foram entrevistados 30 pacientes em um Serviço de Atenção Domiciliar. Foi utilizado um questionário semiestruturado com perguntas sociodemográficas, o Duke Religion Index (DUREL) e o Spirituality Self-Rating Scale (SSRS). **Resultados:** Metade dos participantes (50%) era do sexo feminino, com idade média de 68,26 anos e renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (85,7%). Houve mudança na filiação religiosa após o diagnóstico, com aumento de evangélicos/protestantes e redução de católicos. As pontuações médias para religiosidade não-organizacional e intrínseca (4,70 e 4,47, respectivamente) foram elevadas, enquanto a religiosidade organizacional (2,14) foi baixa. A pontuação média da escala SSRS foi de 23,23, sugerindo alto nível de espiritualidade. **Conclusão:** Os resultados mostram que espiritualidade/religiosidade são aspectos relevantes para pacientes com doenças graves. A baixa pontuação em religiosidade organizacional, contrastando com altas pontuações em religiosidade não-organizacional e intrínseca, reforça a hipótese de que, ao receberem um diagnóstico grave, pacientes buscam conforto e propósito em crenças espirituais de maneira individual.

Palavras-chave: Espiritualidade, Percepção, Doença grave, Experiência de Doença.

ABSTRACT

Objective: To understand the views that patients with severe illnesses have on spirituality and religiosity, investigating changes in this perception after diagnosis. **Method:** This is an exploratory and cross-sectional study. Thirty patients from a Home Care Service were interviewed. A semi-structured questionnaire was used with sociodemographic questions, the Duke Religion Index (DUREL) and the Spirituality Self-Rating Scale (SSRS). **Results:** Half of the participants (50%) were female, with a mean age of 68.26 years and a family income of 1 to 3 minimum wages (83.33%). There was a change in religious affiliation after the

diagnosis, with an increase in evangelicals/protestants and a reduction in Catholics. The mean scores for non-organizational and intrinsic religiosity (4.70 and 4.47, respectively) were high, while organizational religiosity (2.14) was low. The mean score of the SSRS scale was 23.23, suggesting a high level of spirituality. **Conclusion:** The results show that spirituality/religiosity are relevant aspects for patients with severe illnesses. The low score in organizational religiosity, in contrast to high scores in non-organizational and intrinsic religiosity, reinforces the hypothesis that, upon receiving a serious diagnosis, patients seek comfort and purpose in spiritual beliefs in an individual way.

Keywords: Spirituality, Perception, Severe Illness, Illness Experience.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la visión que los pacientes con enfermedades graves tienen sobre la espiritualidad y la religiosidad, investigando cambios en esta percepción después del diagnóstico. **Método:** Este es un estudio exploratorio y transversal. Se entrevistó a 30 pacientes en un Servicio de Atención Domiciliaria. Se utilizó un cuestionario semiestructurado con preguntas sociodemográficas, el Duke Religion Index (DUREL) y la Spirituality Self-Rating Scale (SSRS). **Resultados:** La mitad de los participantes (50%) eran de sexo femenino, con una edad media de 68,26 años y un ingreso familiar de 1 a 3 salarios mínimos (83,33%). Hubo un cambio en la afiliación religiosa después del diagnóstico, con un aumento de evangélicos/protestantes y una reducción de católicos. Las puntuaciones medias para la religiosidad no organizacional e intrínseca (4,70 y 4,47, respectivamente) fueron altas, mientras que la religiosidad organizacional (2,14) fue baja. La puntuación media de la escala SSRS fue de 23,23, lo que sugiere un alto nivel de espiritualidad. **Conclusión:** Los resultados muestran que la espiritualidad/religiosidad son aspectos relevantes para los pacientes con enfermedades graves. La baja puntuación en religiosidad organizacional, en contraste con las altas puntuaciones en religiosidad no organizacional e intrínseca, refuerza la hipótesis de que, al recibir un diagnóstico grave, los pacientes buscan consuelo y propósito en las creencias espirituales de manera individual.

Palabras clave: Espiritualidad, Percepción, Enfermedad grave, Experiencia de la enfermedad.

INTRODUÇÃO

Receber o diagnóstico de uma doença grave é uma experiência delicada, capaz de provocar diversas reações emocionais e psicológicas. O diagnóstico de câncer de mama, por exemplo, é frequentemente associado a respostas emocionais como ansiedade, sintomas depressivos, medo, angústia, inquietação e tristeza (ARAÚJO DSMW, et al. 2024). O número de casos dessas doenças tem crescido, afetando milhões de vidas em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 9,6 milhões de pessoas morrem de câncer anualmente, uma das doenças graves mais comuns. Além disso, condições como problemas cardíacos, doenças neurodegenerativas e autoimunes também representam um enorme desafio para a saúde pública e para quem as enfrenta (BRANDÃO TL et al., 2024).

A espiritualidade na percepção de pacientes com diagnóstico de doença grave é uma questão complexa e multidimensional, profundamente enraizada na condição humana. Segundo o conceito apresentado por Sallnow L, et al. (2022), a espiritualidade é uma dimensão humana universal e individual, influenciada pela cultura e experiências individuais. Ela se manifesta na busca de significado e propósito na vida, assim como na necessidade de relação consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o transcendente.

A conexão entre a saúde mental e a espiritualidade não influencia apenas a vida pessoal, mas também tem impactos sociais e coletivos relevantes (BRANDÃO ML et al., 2021). Pesquisas mostram que a prática da fé pode diminuir o risco de morte em 30%. Pessoas que usam suas crenças espirituais ou religiosas para enfrentar o diagnóstico de uma doença grave tendem a ter melhor saúde mental, menos pensamentos negativos e a manter uma visão otimista sobre o tratamento. Isso pode gerar comportamentos de resiliência

e otimismo, levando a respostas fisiológicas positivas que contribuem para a recuperação (FERREIRA LF, et al., 2020; SILVA LG, et al., 2020).

Ao enfrentar uma doença grave, a espiritualidade pode desempenhar um papel crucial na vida dos pacientes, proporcionando bem-estar e paz interior. A aproximação ao fim da vida intensifica essa busca de sentido existencial. Segundo Zangari W e Machado FR (2018), a religiosidade e a espiritualidade estão relacionadas, mas não são sinônimos. Enquanto a religiosidade envolve a adesão a práticas e doutrinas compartilhadas por um grupo, a espiritualidade está mais relacionada às questões de significado e propósito da vida, podendo ou não incluir uma conexão com o sagrado/transcendente. Neste contexto, as necessidades espirituais tornam-se proeminentes, conforme destacado por diversos estudos em cuidados paliativos. Estas necessidades incluem a busca de significado, esperança, perdão, relacionamentos, conforto e segurança (ZANGARI W e MACHADO FR, 2018).

O enfrentamento religioso, uma estratégia que utiliza recursos espirituais para lidar com o estresse, é crucial para pacientes diante de doenças graves, oferecendo apoio emocional e ajudando na resignificação das experiências com a doença e o tratamento. Como destacado por Panzini RG e Bandeira DR (2007), o coping religioso-espiritual (CRE) envolve o uso de estratégias religiosas para manejar o estresse diário e as crises ao longo da vida. O CRE também pode influenciar positivamente a aderência às terapias e a disposição para buscar o melhor resultado clínico. Através da busca por apoio social em comunidades religiosas, da prática de rituais e da reflexão espiritual, os pacientes encontram recursos para lidar com os desafios emocionais e existenciais impostos pela doença.

Apesar da evidente importância da espiritualidade, existe uma lacuna no sistema de saúde para lidar com essa dimensão do cuidado. A ausência de formação específica sobre o tema nos currículos de graduação deixa muitos profissionais despreparados para abordar as necessidades espirituais dos pacientes. Mesmo profissionais com uma inclinação espiritual forte encontram barreiras ao abordar a espiritualidade de seus pacientes. Isso acontece, em parte, pela falta de conhecimento teórico e pelo receio de impor suas próprias crenças (FERREIRA MC et al., 2021). Por isso, o uso de ferramentas como a anamnese espiritual é essencial para uma abordagem mais humanizada. Ao integrar a espiritualidade na prática clínica, os profissionais podem não apenas identificar os recursos de enfrentamento do paciente, mas também fortalecer o vínculo terapêutico, promovendo um cuidado que vai além do tratamento físico e abrange o bem-estar total do indivíduo (FERREIRA AGC, et al., 2016). Entender o olhar do paciente sobre sua espiritualidade e como ela afeta sua jornada com a doença é o primeiro passo para um cuidado verdadeiramente integral.

Nesse contexto, compreender o impacto que um diagnóstico médico preocupante causa em um paciente mostra-se um campo aberto para o desenvolvimento de pesquisas, uma vez que pode informar estratégias de intervenção psicológica e social mais eficazes, melhorando assim o apoio e o bem-estar do paciente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por pacientes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Fundação Gestão Hospitalar, no Recife. A amostra foi por conveniência (não probabilística), totalizando 30 participantes. A coleta de dados foi realizada durante os meses de maio de 2025 e julho de 2025, por meio de um questionário semiestruturado, aplicado nas residências dos pacientes, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer 7.486.432.

O questionário abordou dados sociodemográficos e as percepções dos pacientes sobre saúde, espiritualidade e religiosidade. Para a avaliação de espiritualidade, foram utilizados o Duke Religion Index (DUREL) (KOENIG HG e BUSSING A, 2010) e o Spirituality Self-Rating Scale (SSRS) (GALANTER M, et al., 2007). A escala de DUREL é composta por 5 itens. Os dois primeiros itens, que avaliam a religiosidade organizacional (RO) e a religiosidade não organizacional (RNO), utilizam uma escala de pontuação de 1 a 6. Os três itens restantes, que avaliam a religiosidade intrínseca (RI), utilizam uma escala de 1 a 5. A RO envolve a participação em atividades religiosas públicas ou comunitárias, como cultos, grupos de oração ou estudos bíblicos coletivos; RNO descreve as práticas de fé realizadas individualmente e em privado, como a

oração pessoal, o estudo das Escrituras por conta própria ou o acompanhamento de programas religiosos na mídia (TV ou rádio); e RI mede a motivação interna, avaliando o grau de comprometimento pessoal e a importância que a fé ocupa na vida do indivíduo. A SSRS tem como objetivo medir o nível geral de espiritualidade do indivíduo sendo avaliados 6 itens usando uma escala Likert de 5 pontos (de 1="Discordo totalmente" a 5="Concordo totalmente") e a pontuação total é calculada pela soma desses 6 itens, resultando numa pontuação que varia de 6 (mínimo) a 30 (máximo). A análise estatística foi realizada com o software Microsoft Excel® para Windows. As variáveis sociodemográficas e os escores das escalas DUREL e SSRS foram analisados por meio de estatística descritiva, sendo apresentados como frequências absolutas e relativas (n, %), médias e desvio padrão (DP). Para a análise inferencial, foi utilizado o Teste T de Student para amostras independentes para comparar os escores médios da escala SSRS entre os gêneros. A associação entre a variável idade e os escores totais do SSRS e da DUREL-RI foi avaliada utilizando o coeficiente de correlação de Pearson (r). O nível de significância adotado para todos os testes foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 30 pacientes, com uma distribuição equitativa entre os gêneros masculino e feminino (50% cada). A idade média dos participantes foi de 68,26 anos, com desvio padrão de 14,7. Em relação à etnia, a maioria se autodeclarou branca (50%), seguida por mulata (36,7%) e negra (13,3%). A renda familiar predominante foi de 1 a 3 salários mínimos, representando 85,7% da amostra.

A análise da filiação religiosa demonstrou uma mudança significativa após o diagnóstico. Antes do diagnóstico, 60% dos pacientes se declaravam católicos, 30% evangélicos/protestantes, 3,33% espíritas e 6,7% não possuíam filiação religiosa. Após o diagnóstico, a proporção de evangélicos/protestantes aumentou para 43,3%, enquanto a de católicos diminuiu para 40% e espíritas mantiveram 3,33%. O número de pacientes que não se identificam com uma afiliação religiosa também subiu, alcançando 10%. A tabela de contingência a seguir ilustra a transição da filiação religiosa.

Tabela 1 - Distribuição de Filiação Religiosa Antes e Depois do Diagnóstico (%). Recife - PE, 2025.

Filiação Religiosa	Antes do Diagnóstico (n)	%	Após o Diagnóstico (n)	%
Católico(a)	18	60	12	40
Evangélico(a)/Protestante	9	30	13	43,3
Sem Filiação Religiosa	2	6,7	3	10
Espírita	1	3,3	1	3,3
Outros	0	0	1	3,3

Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos de base dos pacientes. Recife - PE, 2025.

Diagnóstico de Base	n	%
Outras doenças / Não especificado	14	46,70
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	8	26,70
Câncer de Próstata	2	6,70
Paraplegia	2	6,70

Câncer de Pulmão	1	3,30
Câncer Colorretal	1	3,30
Trauma Raquimedular	1	3,30
Doença de Parkinson	1	3,30
Total	30	100,00

Tabela 3 - Pontuações Médias em Espiritualidade e Religiosidade. Recife - PE, 2025.

Escala	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima	Pontuação Média	Desvio Padrão
DUREL - Religiosidade Organizacional (RO)	1	6	2,14	1,87
DUREL - Religiosidade Não-Organizacional (RNO)	1	6	4,7	1,51
DUREL - Religiosidade Intrínseca (RI)	1	5	4,47	0,99
SSRS - Total	6	30	23,23	6,66

A avaliação das escalas de espiritualidade e religiosidade apresentou os seguintes resultados:

- **DUREL:**
 - Religiosidade Organizacional (RO): A pontuação média foi de 2,14 (escala de 1 a 6), indicando uma baixa frequência de participação em cultos ou encontros religiosos dos participantes da pesquisa.
 - Religiosidade Não-Organizacional (RNO): A pontuação média foi de 4,70 (escala de 1 a 6), revelando uma alta frequência de atividades religiosas individuais, como orações e meditações.
 - Religiosidade Intrínseca (RI): A pontuação média foi de 4,47 (escala de 1 a 5), sugerindo que as crenças religiosas estão profundamente integradas à vida dos participantes.
- **SSRS:**
 - A pontuação total média foi de 23,23 (escala de 6 a 30), com desvio padrão de 6,66, evidenciando um elevado nível de espiritualidade entre os participantes.
 - Não houve diferença estatisticamente significativa na pontuação do SSRS entre os gêneros ($p=0,319$), apesar de as mulheres terem uma média um pouco mais alta (24,47) do que os homens (22,00).
 - Houve uma correlação fraca e positiva entre a idade e a pontuação total do SSRS ($r=0,23$) e entre a idade e a pontuação da DUREL-RI ($r=0,07$), sugerindo que a espiritualidade tende a aumentar com a idade.

DISCUSSÃO

A composição sociodemográfica da amostra, que inclui principalmente pessoas idosas e de baixa renda, é crucial para compreender os resultados deste estudo. A vulnerabilidade associada à idade avançada e às dificuldades financeiras pode levar a uma maior busca por apoio emocional e espiritual diante de uma doença grave. Essa busca é corroborada por achados de revisões sistemáticas que indicam uma relação positiva entre religiosidade/espiritualidade e funcionalidade em idosos (DE SOUSA BA, et al., 2019). A

mudança na afiliação religiosa, por exemplo, sugere que, em tempos de crise, os pacientes podem procurar comunidades de fé que ofereçam uma rede de apoio mais estruturada e imediata, com rituais e práticas que atendam às suas novas necessidades de enfrentamento. Esse padrão também reflete o crescimento de denominações evangélicas no Brasil em detrimento de religiões mais tradicionais, como o catolicismo (PASSOS M, et al., 2011).

No entanto, o estudo em questão não identificou uma diferença estatisticamente significativa no nível de espiritualidade entre homens e mulheres, apesar de as mulheres apresentarem uma pontuação média ligeiramente maior na escala SSRS. Essa constatação sugere que a necessidade de buscar significado e paz interior é uma experiência universal no processo de enfrentamento da doença, independentemente do gênero. Apesar disso, outros estudos, como o de Da Silva AB e Guerra VM (2024), demonstraram que a espiritualidade e o sentido de vida têm efeitos significativos quando comparados por gênero, com uma participação majoritariamente feminina de 69% em seu estudo.

Além disso, os resultados revelaram uma baixa pontuação na religiosidade organizacional (RO), o que se alinha com o perfil da população do estudo. Pacientes em atenção domiciliar, devido à sua própria condição de saúde, enfrentam barreiras físicas que dificultam a participação em atividades comunitárias e religiosas fora de casa. Essa baixa frequência em cultos e encontros não diminui a importância da espiritualidade para esses indivíduos, mas sim evidencia uma adaptação da prática espiritual às circunstâncias de vida que eles enfrentam. A alta pontuação em religiosidade não-organizacional (RNO) e intrínseca (RI) reforça essa ideia. A RNO, que inclui práticas individuais como oração e meditação, demonstra que o paciente mantém uma forte conexão espiritual de forma privada. Por sua vez, a RI reflete a profunda internalização dessas crenças, indicando que a fé não é apenas uma prática externa, mas uma parte central da identidade e do sistema de valores do indivíduo. A incorporação da espiritualidade no dia a dia funciona como um alicerce para a resiliência psicológica e para o bem-estar mental, especialmente após o diagnóstico de uma doença grave.

Essa conclusão está alinhada com a literatura acadêmica. A espiritualidade se destaca como um recurso crucial no enfrentamento da doença, oferecendo ferramentas internas e externas que auxiliam o paciente a gerir as dificuldades do tratamento e a pensar sobre as questões existenciais provocadas pela enfermidade grave (ALMEIDA OZM e FERREIRA DC, 2023). Encontrar propósito e significado na vida, mesmo em meio ao sofrimento, é um ponto crucial do cuidado integral e humanizado. A pesquisa também mostra que a busca por significado e paz interior não se diferencia entre os sexos, já que não houve variação significativa na pontuação da escala SSRS entre homens e mulheres. Isso indica que a espiritualidade é uma necessidade universal no processo de enfrentamento da doença, independente de fatores demográficos. Além disso, a presença de líderes religiosos é vital, pois quem busca o ambiente religioso para conforto encontra atenção, fraternidade, carinho e amor (SOUZA MA, 2009).

A conexão com o espiritual ajuda a lidar com a enfermidade e pode influenciar positivamente a adesão ao tratamento médico. Integrar a fé e as crenças pessoais na rotina vai além de um apoio psicológico, pois se manifesta em comportamentos que afetam diretamente os resultados clínicos. Um estudo recente de Camargo YS, et al. (2025) aponta que a espiritualidade/religiosidade influenciou a adesão a tratamentos, tanto medicamentosos quanto não medicamentosos, em pessoas com hipertensão. O estudo destacou as dimensões de "religiosidade intrínseca", "valores e crenças" e "perdão" como fatores-chave. Essa descoberta é relevante, especialmente quando pacientes se apoiam em suas crenças mais profundas para buscar força e esperança. A capacidade de incorporar a fé na rotina diária pode não apenas manter uma perspectiva positiva, mas também fortalecer a disciplina e o compromisso necessários para seguir as recomendações médicas.

Aprofundando a discussão, é fundamental reconhecer a falta de preparo dos profissionais de saúde para abordar a dimensão espiritual dos pacientes. A ausência de um estudo sistemático sobre espiritualidade nos currículos de saúde resulta em um conhecimento limitado por parte desses profissionais. Essa lacuna na formação dificulta um cuidado integral que considere as necessidades emocionais e espirituais dos pacientes, restringindo a atuação da equipe (EVANGELISTA CB, et al., 2022). Em muitos casos, os profissionais buscam a própria capacitação para cobrir essa deficiência, o que mostra a importância que

essa dimensão tem no dia a dia do cuidado, mas também a falta de apoio institucional para aprofundamento no assunto (ANJOS JM, et al., 2022).

Para resolver essa questão, a anamnese espiritual surge como uma ferramenta essencial. Ela permite ao profissional de saúde entender o paciente por completo, identificando seus recursos de enfrentamento e fortalecendo o vínculo terapêutico. Ao incluir a espiritualidade na prática clínica, o médico pode oferecer um cuidado mais humanizado e individualizado, que vai além do tratamento físico e abrange o bem-estar total do indivíduo (ALMEIDA OZM e FERREIRA DC, 2023). No entanto, para que essa anamnese seja eficaz, é preciso que o profissional tenha um conhecimento aprofundado do conceito de espiritualidade, evitando interpretações errôneas que possam prejudicar a qualidade do cuidado e a análise científica do tema (CARMO KB, 2022). O conceito de espiritualidade é complexo e não se resume à religiosidade, mas engloba a busca por significado, propósito e conexão com algo maior, seja o divino, a natureza ou a própria humanidade.

A espiritualidade, portanto, não é apenas um conforto passageiro, mas uma ferramenta de enfrentamento ativa, que capacita os pacientes a ressignificarem suas experiências com a doença e o tratamento. O alto escore em religiosidade intrínseca sugere que os pacientes se apoiam em suas crenças mais profundas para encontrar força e esperança. A capacidade de integrar a fé na rotina permite que eles mantenham uma perspectiva positiva, o que pode influenciar de forma positiva a recuperação e o bem-estar geral. Essa dimensão do cuidado, quando validada e apoiada pela equipe de saúde, pode ter um impacto de grande significância na qualidade de vida dos pacientes em atendimento domiciliar, que já enfrentam várias limitações físicas.

Uma consideração adicional, e de grande relevância, é o reconhecimento de que a espiritualidade e a religiosidade podem se manifestar de forma não apenas positiva, mas também negativa, atuando como um locus de conflito para alguns pacientes. Embora muitos estudos, incluindo este, se concentrem nos benefícios, é essencial que a discussão aborde o potencial impacto negativo. Em alguns casos, crenças espirituais/religiosas podem levar o indivíduo a entrar em conflito com os tratamentos médicos e até mesmo a rejeitá-los (ESPERANDIO MRG e ROSA TS, 2020). Essa perspectiva ressalta a importância de uma abordagem clínica sensível e não-julgadora, em que o profissional de saúde busca compreender as crenças do paciente sem impor as suas próprias. O diálogo aberto sobre o tema é crucial para identificar e mitigar possíveis conflitos entre a fé e as recomendações médicas, visando sempre o melhor interesse do paciente.

A busca por conforto e consolo em meio ao sofrimento é um dos pilares da espiritualidade, especialmente para pacientes com doenças graves. A fé e a espiritualidade atuam como um apoio fundamental no enfrentamento não apenas do diagnóstico e do tratamento do câncer, por exemplo, mas também como uma fonte de consolo diante da possibilidade da morte (SORATTO J, et al., 2016). Essa dimensão do cuidado, que transcende a cura física, é vital para o bem-estar integral. A forma como os pacientes internalizam suas crenças (Religiosidade Intrínseca) e as expressam em sua vida diária (Religiosidade Não-Organizacional) demonstra que, mesmo com as limitações físicas impostas pela doença, a conexão com a fé permanece forte e se adapta, tornando-se uma fonte de esperança e força.

O estudo aqui apresentado, ao examinar uma população em atenção domiciliar, trás luz a resiliência e a adaptabilidade da espiritualidade. A baixa pontuação em RO não é um indicativo de fragilidade da fé, mas sim de sua plasticidade, revelando que a prática espiritual pode ser intensificada de forma reclusa para compensar a ausência de rituais comunitários. Esse achado sugere que, para os profissionais de saúde, o foco não deve estar na religiosidade formal do paciente, mas em sua espiritualidade intrínseca e não-organizacional. A capacidade de perceber e apoiar essa dimensão individual do paciente é o que realmente define um cuidado humanizado e eficaz. A integração da espiritualidade na prática clínica, portanto, requer uma escuta ativa e uma compreensão profunda das crenças e necessidades do paciente, a fim de fortalecer seu coping e promover um maior bem-estar, mesmo diante da adversidade.

CONCLUSÃO

A espiritualidade tem um papel importante na vida de pacientes com doenças graves. A pesquisa demonstra que a forma como esses pacientes a vivenciam muda após o diagnóstico, evidenciando que a busca por significado pode alterar a afiliação religiosa. As altas pontuações em religiosidade

não-organizacional e intrínseca, em contraste com a baixa pontuação na religiosidade organizacional, indicam que a espiritualidade é vivida de forma intensa e individual, ajustando-se às limitações físicas da doença.

Essas descobertas sugerem que os profissionais de saúde devem considerar a espiritualidade como um recurso valioso no cuidado de pacientes com doenças graves. Em vez de focar apenas na religiosidade formal, a equipe de saúde pode concentrar seus esforços em apoiar a espiritualidade intrínseca e não-organizacional do paciente, como a meditação e a oração individual. Isso é especialmente relevante para pacientes em atendimento domiciliar, que podem enfrentar barreiras físicas para participar de rituais comunitários.

A integração da anamnese espiritual na prática clínica é uma ferramenta crucial para entender as necessidades e crenças do paciente, fortalecendo o vínculo terapêutico e promovendo um cuidado mais humanizado. No entanto, é importante que os profissionais de saúde recebam formação adequada para abordar a espiritualidade de forma sensível e não-julgadora, evitando interpretações errôneas e respeitando as crenças do paciente, mesmo quando estas entram em conflito com o tratamento médico.

Este estudo abre caminho para futuras pesquisas que aprofundem a compreensão da espiritualidade como ferramenta de enfrentamento. Sugere-se a realização de estudos qualitativos para explorar a fundo a experiência subjetiva dos pacientes, além da ampliação da pesquisa para incluir pacientes com diferentes faixas etárias, perfis socioeconômicos e tipos de doenças, a fim de verificar se os padrões observados na amostra do estudo se mantêm em outras populações.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA OOZM, FERREIRA DC. A espiritualidade na prática da Medicina de Família e Comunidade: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 1-12, jan-dez, 2023.
2. ANJOS JM, et al. Espiritualidade e religiosidade na abordagem a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Bioética*. Brasília, v. 30, n. 2, p. 382-90, abr-jun, 2022.
3. ARAÚJO DSMW, et al. Repercussões emocionais e sociais do diagnóstico e do tratamento de câncer mama: um estudo transversal. *Interdisciplinar em saúde*. Учредители: Revista Interdisciplinar em saude, 2024.
4. BRANDÃO ML et al. Association between spirituality and quality of life of women with breast cancer undergoing radiotherapy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, p. e20200476, 2021.
5. BRANDÃO TL et al. Saúde pública como pilar fundamental para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. 2024.
6. CAMARGO YS, et al. Espiritualidade/Religiosidade e Adesão ao Tratamento em Indivíduos Hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 122, n. 2, p. e20240558, 2025.
7. CARMO KB. Espiritualidade aplicada à medicina. *Revista Bioética*. Brasília, v. 30, n. 4, p. 870-82, out-dez, 2022.
8. DA SILVA AB, GUERRA VM. Espiritualidade e sentido de vida: correlatos sociodemográficos. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 18, n. 2, 2024.
9. DE SOUSA BA, et al. Relação entre a espiritualidade/religiosidade e a funcionalidade de idosos: uma revisão sistemática. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 22, n. 1, p. 539-561, 2019.

10. ESPERANDIO MRG, ROSA TS. Avaliação da espiritualidade/religiosidade de pacientes em cuidados paliativos. *Protestantismo em Revista*, v. 46, n. 01, p. 168-182, 2020.
11. EVANGELISTA CB, et al. Nurses' performance in palliative care: spiritual care in the light of Theory of Human Caring. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 1, p. e20210029, 2022.
12. FERREIRA AGC, et al. Educação em saúde e espiritualidade: uma proposta de transversalidade na perspectiva do estudante. *Interdisciplinary Journal of Health Education*. 2016;1(1):3-12.
13. FERREIRA LF, et al. (2020). A influência da espiritualidade e da religiosidade na aceitação da doença e no tratamento de pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 66 (2).
14. FERREIRA MC et al. Educação em espiritualidade na percepção de docentes em saúde de uma instituição de ensino superior do Recife. *IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education*, v. 6, n. 2, 2021.
15. GALANTER M, et al. Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of substance abuse treatment*, v. 33, n. 3, p. 257-264, 2007.
16. KOENIG HG, BUSSING A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, v. 1, n. 1, p. 78-85, 2010.
17. PANZINI RG, BANDEIRA DR. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 126-135.
18. PASSOS M, et al. O que (não) dizem os números-para além das estatísticas sobre o "Novo Mapa das Religiões Brasileiro". *Horizonte: revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*, v. 9, n. 23, p. 690-714, 2011.
19. SALLNOW L, et al. Lancet Commission on the Value of Death (2022). Report of the lancet commission on the value of death: Bringing death back into life. *Lancet (London, England)*, 399(10327), 837–884.
20. SILVA LG, et al. (2020) Relação entre medicina e espiritualidade/religiosidade: impacto no processo de adoecimento. *Revista Uningá*. 57(4), 93-100
21. SORATTO J, et al. A fé e a espiritualidade no processo de adoecimento por câncer. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 109, p. 113-122, 2016.
22. SOUZA MA. A influência da fé no processo saúde-doença sob a percepção de líderes religiosos cristãos. 2009.
23. ZANGARI W, MACHADO FR. *Psicologia e Religião: Histórico, Subjetividade, Saúde Mental, Manejo, Ética Profissional e Direitos Humanos [cartilha]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.

ANEXO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

I) A revista aceita artigos redigidos em Português, Inglês ou Espanhol que sejam inéditos (ainda não publicados) e que NÃO estejam em avaliação por outro periódico.

II) NÃO aceitamos *preprint* nem qualquer outra forma de pré-publicação de conteúdo.

III) Confira abaixo os tipos de artigos aceitos pelas revistas A+:

Tipo de estudo	Propósito
Original	Investigativo
Revisão Narrativa	Atualização teórico-científica
Revisão Integrativa	Impacto e relevância de publicações
Revisão Sistemática	Variáveis em comum entre estudos
Estudo de caso	Descrição de ocorrências observadas
Relato de Experiência	Vivência obtida através da prática

1.1. Artigo Original

I) **Definição:** Inclui trabalhos que apresentem dados originais e inéditos de descobertas relacionadas a aspectos experimentais, quase-experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas e/ou quantitativas em áreas de interesse para a ciência. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) **Estrutura:** Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. **Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

III) **Tamanho:** Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

IV) **Ética:** (a) Pesquisa envolvendo seres humanos ou animais está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei ([RESOLUÇÃO Nº 466/2012](#), [Nº 510/2016](#) e [LEI Nº 11.794](#)). Análise de dados do DATASUS não precisam de autorização do CEP. (b) Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

V) **Exemplo:**

Pesquisa Transversal Pesquisa Longitudinal Pesquisa Experimental Pesquisa no DATASUS

1.2. Revisão Narrativa

I) Definição: Tem o propósito descritivo-narrativo dedicado à apresentação e sumarização de temas de interesse científico. Utiliza de redação científica fundamentada em dados originais de pesquisa da atualidade por meio de argumentação lógica, crítica teórico-metodológica e síntese conclusiva. Não possui metodologia, pois não há critérios definidos para a busca de artigos científicos, no entanto, é necessário que se utilize de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Revisão Bibliográfica, Considerações finais e Referências.

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

IV) Ética: Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes (LEI Nº 9.610/1988 e Nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

V) Exemplo:

[Revisão Narrativa](#)

1.3. Revisão Integrativa

I) Definição: Tem o propósito analítico-observacional dedicado à relevância e ao impacto de temas de interesse científico. Deve objetivar responder a uma pergunta específica e de relevância. Descreve o processo e os critérios utilizados para a pesquisa e seleção dos estudos originais incluídos na revisão e os procedimentos empregados na avaliação e categorização dos artigos. Para que a pesquisa tenha abrangência é necessário que se utilize de metodologia de busca com o uso de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais e Referências.
**Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

IV) Ética: Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes (LEI Nº 9.610/1988 e Nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

V) Exemplo:

[Revisão Integrativa](#)

1.4. Revisão Sistemática

I) Definição: Tem o propósito de sintetizar resultados de estudos originais, analisar e caracterizar uma variável em comum que pode resultar em uma metanálise. Deve objetivar responder a uma pergunta específica e de relevância. Descreve o processo e os critérios utilizados para seleção dos estudos incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese do copilado de dados. Para que a pesquisa tenha abrangência é necessário que se utilize de metodologia de busca com o uso de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Considerações finais e Referências.
**Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

IV) Registro: É obrigatório o registro na Base Internacional PROSPERO ([ACESSAR A BASE](#)), no qual deverá constar o número de aprovação na seção de métodos do artigo.

V) Ética: Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

VI) Exemplo:

[Revisão Sistemática](#)

1.5. Estudo de Caso

I) Definição: Inclui trabalhos que abordem questões clínicas/teóricas/técnicas/científicas, relevantes e inovadoras com narrativa observacional baseada na evolução do caso. O detalhamento do caso deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Detalhamento do caso, Discussão e Referências.

III) Tamanho: Mínimo 2.500 e máximo de 3.000 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

IV) Ética: (a) Pesquisa envolvendo seres humanos está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei ([RESOLUÇÃO Nº 466/2012](#)). (b) Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes ([LEI Nº 9.610/1988](#) e [Nº 10.695/2003](#)). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

NOTA SOBRE O PROCEDIMENTO ÉTICO:

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na Carta Circular nº 166, item 2, alínea “a”, esclarece a respeito dos estudos/relatos de caso: " [...] **A proposta deve ser submetida via Plataforma Brasil e apreciada pelo sistema CEP/Conep, previamente a sua publicação ou**

divulgação” (FONTE OFICIAL). A comissão justifica que a modalidade pode auferir danos morais e materiais no tocante a confidencialidade de informações.

Certos da responsabilidade ética e moral da Acervo+ Index base e suas revistas em garantir o cumprimento das diretrizes de pesquisa, em todos os processos da modalidade estudo de caso submetidos à revista fará necessária a aprovação do CEP. Caso não disponham do documento, a submissão será rejeitada e os autores orientados sobre a necessidade de solicitá-lo perante o órgão competente.

O procedimento de avaliação do CEP promete ser simples, uma vez que, o tipo de estudo não possui projeto de pesquisa e o autor pode enviar o relato junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a homologação da decisão.

V) Exemplo:

Estudo de Caso

1.6. Relato de Experiência

I) Definição: Inclui trabalhos que abordem questões práticas/técnicas/teórico/científicas, relevantes e inovadoras com narrativa observacional baseada na prática vivenciada. O relato deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Relato de Experiência, Discussão e Referências.

III) Tamanho: Mínimo 2.500 e máximo de 3.000 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

IV) Ética: (a) Para essa modalidade de artigo não são aceitos dados de pacientes, imagens que mostre grupos de pessoas, nem fotos de instituições. Podem ser apresentados conteúdos, ferramentas ou formulários que tenham sido criados pelos autores e usados durante a experiência prática. **(b)** Não é permitida a prática de cópia de textos e nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes (LEI Nº 9.610/1988 e Nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

V) Exemplo:

Relato de Experiência

2.1. Título

I) Definições: Deve ser conciso, informativo e com fidedignidade textual.

II) Idioma: Deverá ser apresentado nos 3 (três) idiomas: Português, Inglês e Espanhol.

III) Tamanho: No máximo 150 caracteres SEM espaço.

2.2. Nomes e vínculo

I) Orientação: Incluir os nomes completos do autor e coautores no:

- **a.** *arquivo do artigo;*
- **b.** *termo de autores enviado para a revista;*
- **c.** *no sistema de submissão da revista.*

II) Quantidade de pessoas: No máximo 10 pessoas, incluindo o orientador/pesquisador responsável.

a. Motivo: O intuito é valorizar o processo criativo e construtivo dos autores e o limite de 10 pessoas é suficiente considerando a quantidade de palavras admitidas no texto do artigo científico.

b. Nota: É vedada a remoção ou omissão de autores para o fim específico de atender o número de integrantes aceitos pela revista. É importante destacar que a revista repudia os atos que contrariam a ética e não se responsabiliza pela má-fé de autores.

III) Direitos de autoria/coautoria: O reconhecimento de participação no artigo deve seguir as condições abaixo:

1. **a.** *Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;*
2. **b.** *Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;*
3. **c.** *Aprovação final da versão a ser publicada.*

Nota: As três condições acima devem ser integralmente atendidas e corroborando à essa normativa, a lei de Direitos Autorais [Nº 9.610/1998](#) no seu Art. 15, § 1º esclarece que: [...] "*Não se considera co-autor quem simplesmente auxiliou o autor na produção da obra literária, artística ou científica, revendo-a, atualizando-a, bem como fiscalizando ou dirigindo sua edição ou apresentação por qualquer meio.*"

IV) Posição de autores: Os autores decidirão em consenso sobre a posição das autorias e sequência dos nomes utilizando, preferencialmente, o critério da contribuição. Orientamos que os métodos de sorteio ou ordem alfabética sejam evitados.

V) Orientador/ Pesquisador Responsável: É o autor ou coautor responsável legal do artigo. Seu papel é validar o conteúdo do trabalho, zelando pela qualidade científica, pelo atendimento da legislação e da ética em pesquisa. Com efeito, se fazem necessárias competências técnico-científicas e profissionais para o direcionamento e sucesso do estudo. Por esse motivo, o Orientador/ Pesquisador Responsável deverá ser um profissional docente ou pesquisador com formação na área do estudo ou correlatas, além de deter notável conhecimento sobre o tema abordado. A comissão da revista fará a análise do Currículo Lattes para verificar o atendimento desses requisitos.

- Podem ser orientadores/responsáveis de artigos:
- **a.** *Professores com vínculo institucional;*
- **b.** *Mestrando, Doutorando ou Pós-doutorando;*
- **c.** *Profissionais atuantes na área clínica com registro profissional;*
- **d.** *Pesquisadores independentes que comprove atuação em pesquisa.*

VI) Autor correspondente: É autor/coautor que iniciou o processo de submissão do artigo no sistema. Atribui-se ao autor correspondente a responsabilidade de atender as notificações da comissão da

revista dentro do prazo fixado, prestando informações ou documentos pertinentes ao processo de avaliação e publicação do artigo. NÃO serão aceitas submissões enviadas por terceiros.

2.3. Resumo

I) Definição: Possui a finalidade de apresentar ao leitor uma ideia geral do artigo: propósitos, principais achados, considerações e possíveis conclusões. Precisa ser escrito de forma clara, objetivo e atrativa, para que o leitor disperse o interesse de ler o trabalho na íntegra.

II) Idioma: Deverá ser apresentado nos 3 (três) idiomas: Português (Resumo), Inglês (Abstract) e Espanhol (Resumen).

III) Tamanho: Entre 150 a 200 palavras.

IV) Estrutura do resumo: Clique em cada tipo de estudo abaixo para ver o exemplo.

2.4. Palavras-chave

I) Orientação: Devem ser definidas com base no tema, área e/ou assuntos que serão abordados no artigo.

II) Quantidade: No mínimo 3 e máximo 5 (Português, Inglês e Espanhol).

III) Obrigatoriedade para artigos de saúde e áreas correlatas: Todas as palavras-chave devem estar cadastradas no Sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Você pode usar o sistema DeCS para consultas ou então para definir os termos para o seu artigo. Clique na imagem abaixo:

2.5. Introdução

I) Orientação: Deve ser sucinta e compreensível para o leitor em geral, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo.

II) Siglas e abreviaturas: Quando utilizadas pela primeira vez, deverão ter o significado por extenso. Ex.: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

III) Objetivo: No último parágrafo da introdução deve conter o objetivo do estudo. Deve conter a proposta principal do estudo e começar com verbo no infinitivo: analisar, pesquisar, investigar, avaliar, etc.

IV) Uso de citações no texto:

a. Todos os parágrafos devem ter **citação indireta** por meio de fundamentação teórica com o uso de fontes atuais (desejável que sejam dos últimos 5 anos) de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

b. Citações diretas (cópia) são permitidas SOMENTE em ocasiões onde não é possível a transcrição da ideia, como é o caso de artigos de leis, os quais deverão ser destacados do texto com recuo de 3 cm, entre aspas "" e em itálico.

c. Não aceitamos artigos com notas de rodapé. A abordagem teórica deve ser feita ao longo do texto.

d. As citações de autores **NO TEXTO** deverão seguir os seguintes exemplos:

- Início de frase:
 - **1 autor** - Baptista JR (2022);
 - **2 autores** - Souza RE e Barcelos BR (2021);
 - **3 ou mais autores** - Porto RB, et al. (2020).
- Final de frase:
 - **1 autor** - (BAPTISTA JR, 2022);
 - **2 autores** - (SOUZA RE e BARCELOS BR, 2021);
 - **3 ou mais autores** - (PORTO RB, et al., 2020);
 - **Sequência de citações** - (BAPTISTA JR, 2022; SOUZA RE e BARCELOS BR, 2021; PORTO RB, et al., 2020).

2.6. Métodos

I) Orientação: Deve descrever de forma clara e sem prolixidade as fontes de dados, a população estudada, a amostragem, os critérios de seleção, procedimentos analíticos e questões éticas relacionadas à aprovação do estudo por comitê de ética em pesquisa (pesquisa com seres humanos e animais) ou autorização institucional (levantamento de dados onde não há pesquisa direta com seres humanos ou animais).

II) Instrumento de pesquisa: Estudo que utilizar questionário ou formulário já publicado deve citar a origem no texto e incluir a fonte na lista de referências. Caso o instrumento de pesquisa tenha sido criado pelos próprios autores, o mesmo deve ser citado no texto e enviado na submissão em "arquivo a parte" para que a comissão da revista o avalie e, caso aceito, o instrumento será publicado em arquivo suplementar ao artigo.

III) Ética em pesquisa:

a. Para estudos onde há a obrigatoriedade legal de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os autores devem apresentar no último parágrafo da metodologia os procedimentos éticos e número do parecer e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE).

b. Para estudos ORIGINAIS em que haja excludente LEGAL de avaliação do CEP os autores devem justificar no texto e apresentar o dispositivo jurídico para tal.

c. Lembrando que cabe a revista o papel de garantir o cumprimento das legislações de ética em pesquisa do conteúdo por ela publicado, então, todas as informações serão conferidas.

2.7. Resultados

I) Orientações:

a. Deve se limitar a descrever os resultados encontrados, incluindo interpretações e comparações de forma clara e seguindo uma sequência lógica de apresentação dos resultados.

b. Caso o artigo tenha figuras com resultados, estes devem ser citados ao longo do texto.

c. Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

2.8. Figuras

I) Definição: Imagens, tabelas, quadros, gráficos e desenhos ilustrativos são denominadas pela revista como figuras.

II) Quantidade: São aceitas no máximo 6 figuras.

III) Formatação: Devem ter título esclarecedor na parte superior e fonte na parte inferior. Caso seja necessário explicar detalhes ou siglas, incluir legenda. Devem estar no corpo do artigo junto ao texto.

IV) Orientações: As figuras são itens autorais protegidos por lei. Posto isso, a revista definiu que:

a. Figuras já publicadas NÃO serão aceitas: Independente do tipo de licença NÃO serão aceitas imagens que já estejam publicadas. O propósito da revista não é republicar conteúdo, mas sim trazer o lado autoral e criativo das produções científicas. Essa decisão é pautada no estatuto regimental da revista.

c. Figuras baseadas em outras publicações: Poderão ser criadas mediante citação das fontes de inspiração na legenda, entretanto, devem ter no mínimo 3 (três) fontes. O intuito é que sejam publicadas imagens originais cujo conteúdo seja construído com a reinterpretação do autores por meio de análise de reflexão. Recortes de imagens de outras publicações não são criações originais, portanto, NÃO serão aceitas.

d. Figuras criadas a partir de um software: É obrigatório o envio da autorização (licenciamento) de publicação da imagem emitida pela empresa responsável pelo software. Caso seja software com licença gratuita o autor deverá enviar em formato PDF os termos da licença *free* extraídos do site da empresa (use a ferramenta: imprimir => salvar como PDF). O nome do software ®, link da licença e data de acesso deverão ser citados na legenda da imagem. Essas exigências são pautadas na Lei de Propriedade Industrial (LEI Nº 9.279/1996).

e. Imagem criada por profissional: Obrigatório o envio da autorização (licenciamento) de publicação assinada pelo artista criador. O nome do mesmo deve ser citado na legenda da imagem. Essas exigências são pautadas na Lei de Direitos Autorais ([LEI Nº 9.610/1998](#)).

f. Imagem de pacientes de Estudo de caso: Caso sejam usados resultados de exames e/ou imagens de peças anatômicas de paciente, os autores deverão apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que constate o uso e publicação de dados e imagens. Este termo deve ser assinado pelo paciente. Essas exigências são pautada na Lei do prontuário do paciente ([LEI Nº 13.787/2018](#)). Lembrando que a publicação de Estudos de Caso está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei ([RESOLUÇÃO Nº 466/2012](#)).

2.9. Discussão

I) Orientação: Deve incluir a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações, a comparação dos achados com a literatura, as limitações do estudo e eventuais indicações de caminhos para novas pesquisas.

II) Argumentação: Deve haver a apresentação de artigos que corroborem e/ou que se oponham aos dados do estudo, criando uma discussão comparativa dos resultados.

III) Fontes de artigos: As fontes DEVEM ser de artigos científicos atuais (desejável que sejam dos últimos 5 anos) de bases de periódicos científicos de qualidade como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

Nota: Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

2.10. Conclusão e Considerações Finais

I) Orientação: Deve ser pertinente aos dados apresentados e responder de forma completa ou parcial a pergunta central da pesquisa estabelecida como objetivo. Deve ser limitada a um único parágrafo final e a redação deve explicar o desfecho científico com os principais achados e seus impactos, as limitações da pesquisa e os possíveis caminhos para novos estudos da área.

Nota: O texto deve ser escrito de forma clara, concisa e não poderá conter citações.

2.11. Agradecimentos e Financiamento

I) Agradecimento: Menção opcional de pessoas ou instituições (entidade, órgão ou grupos) que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os requisitos para serem coautores (pessoas)

ou financiadores (intuições). É um espaço para agradecimentos profissionais, então NÃO serão permitidos agradecimentos familiares ou religiosos.

II) Financiamento: Menção obrigatória de intuições ou agências que contribuíram financeiramente com o desenvolvimento da pesquisa. Deverá ser fornecido o nome por extenso da intuição/agência seguido do número do processo de concessão.

2.12. Referências

I) Quantidade: Mínimo 20 e máximo de 40 referências científicas.

II) Fundamentação: Procure usar apenas artigos científicos dos últimos 5 anos. Referências mais antigas podem ser passíveis de rejeição caso não sejam consideradas pelos revisores como sendo basilares para o campo estudado.

a. Motivo: O intuito é manter a linguagem do seu artigo atual e passar segurança tanto para quem lê, quanto para quem o utiliza como referência.

b. Exceção: O conceito de um autor e a relevância temática podem justificar a utilização excepcional de fontes antigas. Por exemplo: não daria para falar de psicanálise sem citar Freud que tem publicações datadas de 1895 a 1905, ou seja, o conceito e a temática exigem a citação nesse caso.

III) Orientações:

a. Busque por artigos em bases de periódicos científicos como: [Acervo+ Index base](#), Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras bases que possuem controle de qualidade das publicações.

b. A revista irá validar todas as fontes e caso não sejam compatíveis ou pertinentes será sugerida a remoção.

c. Em caráter extraordinário poderá ser usada obra literária ou site oficial de órgão técnico-científico, mediante comprovação da importância para o campo estudado.

d. Não serão aceitas fontes de blogs, magazines, sites jornalísticos, redes sociais ou veículos de comunicação que não sejam científicos.

IV) Formatação: As referências deverão ser numeradas em ordem alfabética conforme os seguintes exemplos:

- **Artigo:**

- **1 autor** - ANDREAZZI DUARTE D. Coronavírus, o monstro microscópico na visão da ciência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; Esp. 46: e3606.
- **2 autores** - QUEIROZ BG e MENDONÇA MA. A influência de atividades recreativas com pacientes oncológicos: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2022; 12: e10461.
- **3 ou mais autores** - TRAÚZOLA TR, et al. Panorama geral da hanseníase no Brasil: uma análise epidemiológica, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15(6): e10223.
- **Nota:** Não é preciso apresentar “Disponível em” nem a data do acesso “Acesso em”.

-
- **Livro:**
 - **Nota:** usar livros apenas em casos extraordinários.
 - SOBOTTA J. Atlas de Anatomia Humana. 24 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018; 345p.
 -
- **Tese e Dissertação**
 - DEL ROIO LC. Impacto socioeconômico nos indivíduos com asma relacionada ao trabalho. Tese de Doutorado (Doutorado em Pneumologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022; 48p.
 -
- **Página da Internet:**
 - **Nota:** usar páginas da internet apenas em casos extraordinários.
 - ACERVO+. 2022. Estatuto de publicação de Artigos Científicos. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/como-publicar-artigos>. Acessado em: 10 de agosto de 2022.