



ARTIGO DE REVISÃO

Religiosidade e doenças cardiovasculares *Religiousness and cardiovascular diseases*

Roberto Henrique Heinisch¹, Lílian Jocken Stange²

Resumo

A influência da religião e da espiritualidade na saúde tem sido alvo de diversos estudos. O presente artigo objetiva realizar uma revisão de artigos publicados nos últimos anos relacionados à religião/espiritualidade e doenças cardiovasculares. Para tanto, realizou-se uma pesquisa na base de dados PubMed. Primeiramente, foram selecionados artigos que abordavam a epidemiologia da religiosidade em cardiopatas. Em segundo lugar, o efeito da religião na prevenção de cardiopatias, principalmente no que concerne aos fatores de risco. Após, há uma revisão sobre o efeito da religião no prognóstico, e, a seguir, no tratamento das doenças cardiovasculares. Por fim, o efeito negativo da religião na saúde também foi abordado, assim como as perspectivas futuras para estudo nesta área.

Descritores: Religiosidade. Espiritualidade. Doenças cardiovasculares. Prevenção. Tratamento.

Abstract

The influence of religion and spirituality in health has been a target of many studies. The present article aims to make a review of the articles published in the last years that are related to religion/spirituality and cardiovascular diseases. For this purpose, a research on PubMed database was conducted. Primarily, articles that included the epidemiology of religiousness in cardiac patients were selected. Secondly, the effect of religion on cardiopathy prevention, especially concerning risk factors. Consecutively, there is a review about the effect of religion on prognosis, and after that, on treat-

ment of cardiovascular diseases. Finally, the negative effect of religion on health was also approached, as well as the future perspectives for research in this subject.

Keywords: Religiousness. Spirituality. Cardiovascular diseases. Prevention. Treatment.

Introdução

Doenças cardiovasculares (DCV) constituem a principal causa de morte em homens e mulheres em todo o mundo, e também uma grande causa de incapacidade¹⁻³. Religião e espiritualidade (R/E) são usadas como mecanismos de adaptação e enfrentamento quando indivíduos encaram situações ameaçadoras à vida, como um evento cardíaco¹. A ideia de que fé e perspectiva espiritual podem influenciar a saúde não é novidade. Ao longo da história, o coração tem sido visto como a sede do funcionamento emocional e espiritual³. Embora suas propriedades fisiológicas e sua relação com os processos emocionais e psicológicos são mais bem entendidas atualmente, ainda há dúvidas quanto à relação entre R/E e as DCV.

O objetivo do presente artigo é fazer uma revisão dos mais recentes artigos que analisam a relação entre R/E e DCV. Para tanto, realizou-se uma pesquisa na base de dados PubMed de artigos dos últimos dez anos, com as seguintes palavras-chave: Religião, Espiritualidade, Doenças cardiovasculares, Prevenção, Tratamento, Prognóstico. Foram selecionados artigos que continham os seguintes temas: epidemiologia da religiosidade em cardiopatas, religiosidade e prevenção, prognóstico e tratamento de doenças cardiovasculares, além dos efeitos negativos da religiosidade em cardiopatas.

Como definir religiosidade e espiritualidade? Há discrepância entre os autores quanto à exata definição desses termos. Koenig define religião como uma cons-

1. Professor do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

2. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

trução multidimensional que inclui crenças, comportamentos, práticas, cerimônias e rituais relacionados ao sagrado, ou ao divino, baseadas em um conjunto de escrituras que contêm ensinamentos acerca do relacionamento entre os indivíduos, do significado da existência, e da vida após a morte. Pode ser praticada em particular ou em reuniões públicas, com tradições estabelecidas em uma comunidade ao longo do tempo^{4,5}. Religiosidade também pode ser considerada como a procura por significado, paz e propósito baseada em um sistema estruturado de crenças e práticas religiosas específicas⁶.

No que concerne à espiritualidade, tem-se sugerido que o seu significado depende de como o termo é utilizado, podendo referir-se ao processo de procura pelo propósito e significado da vida, com ênfase na experiência individual. A espiritualidade também está conectada ao sobrenatural, ao místico, à natureza, ao sagrado, à busca pelo transcendental, podendo ou não estar relacionada à religião. Alguns autores sugerem que a espiritualidade permite uma maior liberdade na busca pelo sagrado ou sobrenatural, sem os limites impostos pela religião. Contudo, muitas vezes o termo espiritualidade é confundido com sentimentos de amor, gratidão, reverência, paz interior, conforto, admiração. Esses sentimentos não são atribuídos à espiritualidade em si, mas sim são resultado da espiritualidade praticada com devoção^{2-5,7}.

Resultados da pesquisa bibliográfica

Foram encontrados 16 estudos significativos e com qualidade aceitável considerando o tamanho da casuística e a metodologia empregada. São sete estudos transversais, sete *coortes* prospectivas, uma *coorte* retrospectiva e um estudo experimental. São quase 40.000 pacientes (n= 39.773), de populações variadas, desde adultos residentes na comunidade até pacientes com cardiopatia. As variáveis religiosas e espirituais encontradas foram: atividades religiosas organizacionais, atividades religiosas não organizacionais; escala de experiências espirituais diárias, escala espiritual, espiritualidade subjetiva, religiosidade subjetiva, bem-estar espiritual, bem-estar religioso, enfrentamento religioso, enfrentamento religioso positivo, enfrentamento religioso negativo, comprometimento religioso, religiosidade intrínseca, religiosidade extrínseca, suporte espiritual, suporte baseado na igreja, denominação ou afiliação religiosa e a escala religiosa de Duke. O que demonstra a falta de uniformidade de estudos nesta área. Os resultados também são conflitantes: nenhuma associação com resultado em saúde (n= 5); ao menos uma associação positiva significativa (n= 2), nenhuma negativa (n=1); associação positiva, mas não significati-

va (n=1); ao menos uma associação negativa significativa, nenhuma positiva (n=1); associação negativa, mas não significativa (n= 1); misto, associações positivas e negativas significativas (n= 1); resultados complexos (n= 4). Todas estas informações estão expostas na Tabela 1. Na sequência, apresentaremos os resultados por tópicos a partir do enfoque médico principal de cada pesquisa.

Epidemiologia da religiosidade em cardiopatas

De acordo com a American Heart Association (2010), um número estimado de 81,1 milhões de adultos americanos possui um ou mais tipos de doenças cardiovasculares⁸. Apesar de um leve declínio da afiliação religiosa dos adultos americanos, 93% da população refere crença em Deus, e 80% relatam que a religião é importante em sua vida diária. Muitos indivíduos acreditam que R/E influencia sua saúde. Uma pesquisa revelou que, no *ranking* dos 10 tratamentos médicos alternativos mais utilizados pelos pacientes nos Estados Unidos, orar para benefício de si mesmo, orar para benefício de outrem e fazer parte de um grupo de oração ocuparam, respectivamente, a primeira (43%), segunda (24,4%) e a quinta (9,6%) colocações. Há evidências em vários outros países de que a oração também é comumente utilizada como forma de intervenção na saúde³.

Feinstein e cols. calcularam a frequência do envolvimento religioso em participantes do estudo CARDIA (*The Coronary Artery Risk Development in Young Adults*). Eles responderam a um questionário no ano 2 do estudo. A frequência de participação em atividades religiosas foi determinada por respostas à pergunta: "Com que frequência você participa de atividades religiosas?". Baseado nas respostas, os participantes foram agrupados como tendo alta (mais de uma vez por semana, toda semana), média (regularmente mas não toda semana), baixa (somente em ocasiões especiais), ou nenhuma (nunca) frequência de participação religiosa. Dos 2.433 participantes, que não possuíam DCV pré-estabelecida, 396 (16,3%) declararam não possuir nenhum envolvimento religioso; 954 (39,2%) foram enquadrados como tendo baixo envolvimento, 562 (23,1%) como médio e 521 (21,4%) como tendo alto envolvimento religioso⁹.

Em outro estudo analisado, 97 pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) de um hospital da Dinamarca foram avaliados quanto à R/E respondendo às perguntas: "Você acredita em Deus?", ou "Você acredita em um poder espiritual?". Os participantes foram então classificados como possuindo não-ambígua, ambígua ou nenhuma religião ou fé espiritual (se responderam sim, um pouco, ou não, respectivamente). Do to-

tal de entrevistados, 29 (29,9%) afirmaram possuir fé em Deus. O mesmo número de participantes afirmou possuir fé ambígua em Deus. 38 participantes (39,2%) afirmaram não possuir fé em Deus. Quanto à fé em um poder espiritual, 23 (23,7%) indivíduos afirmaram possuí-la; 30 (30,9%) entrevistados relataram possuir uma fé ambígua; e 42 (43,3%) afirmaram possuir nenhuma fé em um poder espiritual¹⁰.

Em outro estudo conduzido por Feinstein e colegas, 5.474 indivíduos de várias raças, sem DVC estabelecida, participantes do estudo MESA (*Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis*), foram entrevistados durante o estudo quanto à frequência de participação religiosa, frequência de oração ou meditação, e espiritualidade. Quanto à frequência de participação em serviços religiosos, 18,8% responderam que nunca frequentam; 19,1% frequentam de uma a duas vezes por ano; 10,3% mensalmente; 43,2%, semanalmente; e 0,84% dos indivíduos relataram que possuem uma frequência diária. Para a avaliação da espiritualidade, foram atribuídos pontos a diversas perguntas de um questionário, e de acordo com a pontuação total, os indivíduos foram classificados da seguinte forma: 0,5% nunca possuíram sentimentos de espiritualidade; 23,8% baixa frequência; 16,6% moderada frequência; e 54,4% como possuindo alta frequência de sentimentos de espiritualidade. Durante um seguimento de quatro anos, foram relatados 152 eventos cardiovasculares entre os participantes do estudo¹¹.

Há, portanto, entre os diferentes estudos, divergências no que se refere à frequência e ao nível de R/E, refletindo a diversidade existente entre os variados grupos e comunidades. É importante salientar que poucos estudos correlacionam a epidemiologia da R/E nos cardiopatas prévios; a maioria das pesquisas toma como base uma população previamente saudável a fim de avaliar os níveis de R/E entre esses e sua implicação no desenvolvimento de DCV. (Ver Tabela 1)

Efeito da religião na prevenção de cardiopatias

Tanto a religião quanto a espiritualidade têm sido associadas com práticas e hábitos mais saudáveis. Do mesmo modo, a frequência aumentada de orações está associada a uma melhor saúde reportada. R/E também tem sido relacionada ao uso de medicina preventiva¹¹. Tabagismo, uso de álcool, sedentarismo, dislipidemia, obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes estão entre os fatores considerados de risco para o desenvolvimento de DCV^{4,8,9,11}. Conforme os estudos analisados, esses fatores podem ser afetados pela R/E de diversas formas.

Tabagismo: Feinstein e cols., ao analisar participantes do estudo MESA, observaram que aqueles que estavam envolvidos semanalmente ou diariamente em atividades religiosas possuíam um menor índice de tabagismo¹¹.

Uso de álcool: Uma relação inversa entre o uso e abuso de álcool e religião e espiritualidade foi relatada em diversos estudos. Lucchese e Koenig identificaram 278 estudos que examinaram as relações entre R/E e o uso/ abuso de álcool. 86% desses estudos encontraram uma relação inversa, ou seja, um menor consumo de álcool relacionado com o aumento da frequência de R/E⁴. Uma pesquisa envolvendo estudantes universitários brasileiros encontrou uma maior prevalência de uso de álcool, tabaco e ao menos uma droga ilícita nos últimos 30 dias entre aqueles que possuíam uma menor frequência a serviços religiosos.¹²

Sedentarismo: Segundo Lucchese e Koenig, diversas pesquisas têm demonstrado que indivíduos mais religiosos são mais fisicamente ativos. Dos 37 estudos que examinam a relação entre R/E e atividade física, 25 (68%) encontraram uma relação positiva entre eles⁴.

Dislipidemia: Muitos estudos mostram que indivíduos que são mais religiosos consomem uma dieta mais saudável, ou seja, com uma maior ingestão de fibras, vegetais, frutas, peixe, e uma menor ingestão de alimentos industrializados e gordura. Na pesquisa conduzida por Feinstein e colegas com participantes do estudo CARDIA, foi observado que R/E estava relacionada a um risco menor significativo de aterosclerose subclínica localizada na artéria carótida⁹.

Obesidade: Feinstein e cols. encontraram em seu estudo uma associação entre uma maior frequência de envolvimento religioso e uma maior propensão à obesidade⁹. Na pesquisa com participantes do estudo MESA, este dado foi corroborado. Comparado com aqueles que não participavam de nenhuma atividade religiosa, cada grupo de participantes com diferentes frequências de envolvimento religioso era significativamente mais propenso a ser obeso, mesmo quando as características demográficas e o tabagismo eram ajustados¹¹.

HAS: No estudo analisado por Buck e colegas, *Chicago Community Adult Health Study* (CCAHS), que entrevistou 3.105 moradores da cidade de Chicago (EUA) acima de 18 anos de idade, sem doenças prévias, constatou-se que determinadas variáveis de R/E estavam relacionadas com aumento na propensão à hipertensão¹³. Uma pesquisa brasileira com 264 indivíduos pertencentes à Igreja Adventista do Sétimo Dia de São Paulo e classificados como alta religiosidade segundo a Escala de

Duke constatou que a prevalência de hipertensão entre estes era menor do que a prevalência nacional¹⁴.

Diabetes: Apesar de estarem mais propensos à obesidade, os pacientes mais religiosos não possuem um maior risco de serem diabéticos. Isso pode ser explicado devido a uma melhor dieta ou melhor seguimento do tratamento, que compensaria o risco de desenvolver diabetes que os pacientes obesos possuem⁴. Em uma pesquisa com 14.192 americanos participantes do estudo NHANES III (*Third National Health and Nutrition Examination Survey*), não houve relação entre diabetes e a frequência de ida a serviços religiosos¹⁵.

Efeito da religiosidade no prognóstico de doenças cardiovasculares

Evidências sugerem que R/E está relacionada com resultados favoráveis na saúde, assim como redução da mortalidade geral³. Vários estudos demonstram que cardiopatas com alto nível de espiritualidade têm uma qualidade de vida superior, melhores resultados fisiológicos e psicológicos, além de menores índices de depressão e ansiedade⁷. Por outro lado, Blumenthal e cols., em um estudo com 503 pacientes com depressão e/ou baixo suporte social em recuperação de infarto agudo do miocárdio (IAM), encontraram pouca evidência de que R/E (espiritualidade, frequência de participação em cultos e frequência de orações) melhorou sua saúde física, mesmo quando ajustado para idade, gênero, educação e índice de severidade da doença¹⁶.

No estudo de Feinstein e colegas, com 5.474 participantes do estudo MESA, ocorreram 152 eventos agudos cardiovasculares, incluindo morte, IAM, angina instável, AVC, durante um seguimento de quatro anos. Apesar de constatado no estudo uma associação positiva entre R/E e obesidade e uma relação inversa entre R/E e tabagismo, não houve associação consistente entre as dimensões de R/E e os desfechos cardiovasculares, e entre os seus diferentes tipos¹¹.

Em um estudo com 335 pacientes com insuficiência cardíaca crônica (ICC) que foram submetidos à cirurgia para troca de válvulas no Centro do Coração da Universidade de Michigan, Ai e Hall encontraram uma relação positiva entre R/E antes da cirurgia e a busca do amor divino após. Eles também observaram que o ato de orar estava associado a menos efeitos negativos na saúde mental do paciente, como o desenvolvimento de depressão e ansiedade. Contudo, não analisaram se essa relação possui influência na recuperação física dos pacientes¹⁷.

Entre os pacientes com ICC severa que reportaram altos níveis de bem-estar psicológico e também um baixo nível de prejuízo funcional, foi associado um alto nível de espiritualidade, segundo o estudo de Blinderman e colegas¹⁸. Em outro estudo com 60 pacientes portadores de ICC, a presença de um maior número e gravidade de sintomas foi relacionada a um menor bem-estar espiritual¹⁹.

Outros autores também constataram que as atividades religiosas resultaram em menor frequência de hospitalizações e menor taxa de mortalidade. R/E também foi associada com resultados mais positivos, menos complicações e melhor recuperação física e psicológica após cirurgias cardíacas².

Valor da religião no tratamento de cardiopatias

Bekke-Hansen e cols. analisaram a relação entre o uso de medicina alternativa e complementar (MAC) e R/E entre pacientes com SCA em um centro de tratamento dinamarquês. R/E foi associada com um maior uso de MAC nos 6 meses seguintes à hospitalização, que por sua vez, esteve relacionada a uma influência positiva na qualidade de vida e nas doenças cardíacas¹⁰. Nicdao e Ai também observaram uma maior utilização de MAC, em especial a prática de exercícios físicos, massagem terapêutica e terapia espiritual, relacionada à R/E, em pacientes com DCV da Clínica Cardiologia da Universidade de Michigan².

Em outro estudo, Park e cols. analisaram a relação entre R/E e bem-estar físico, mental e existencial em 111 pacientes com ICC níveis III e IV. Várias dimensões de R/E foram avaliadas: perdão; experiências diárias espirituais; crença em vida após a morte; identidade religiosa; suporte religioso; práticas públicas; enfrentamento positivo da doença de acordo com R/E. Os autores constataram que R/E não afetou significativamente o bem-estar físico, mas teve influência positiva sobre o bem-estar mental e, sobretudo, o existencial²⁰.

Na Dinamarca, Bekke-Hansen e cols. também avaliaram a relação entre R/E e sintomas depressivos em 97 pacientes com SCA, com tempo de seguimento de seis meses. Níveis mais elevados de R/E foram associados a uma influência mais positiva na qualidade de vida e na própria doença⁶.

Interferência negativa da religiosidade no manejo de cardiopatias

R/E têm sido associadas tanto com efeitos positivos quanto negativos na saúde e bem-estar, dependendo de como cada indivíduo as utiliza. A procura pelo con-

forto, o enfrentamento positivo das doenças, o estímulo à alimentação saudável, o aconselhamento aos malefícios do tabagismo exemplificam os efeitos positivos. Já a definição de doença como sendo um castigo divino que o indivíduo deve enfrentar reflete os efeitos negativos da R/E, assim como a maior associação à obesidade, observada nos estudos^{1,4,9,11}.

Nadarajah e cols. diferenciam os enfrentamentos positivo e negativo da doença. O enfrentamento positivo seria a redefinição do estressor como oportunidade de crescimento espiritual, em que o estressor seria potencialmente benéfico, além da redefinição do poder espiritual, ou poder divino. Neste caso, o poder divino seria um aliado no combate à doença, influenciando positivamente no curso da mesma. Este enfrentamento está relacionado à reflexão, à procura pelo significado da vida, à diminuição do estresse psicológico, e ao aumento da qualidade de vida¹.

Por outro lado, o enfrentamento negativo está associado ao aumento do estresse psicológico e à diminuição do otimismo, da esperança e do suporte social. Redefinição da doença como sendo um castigo infligido pelo poder espiritual ou divino, confusão e insatisfação em relação a esse poder são formas de enfrentamento negativo. Em sua revisão sistemática, Nadarajah e cols. identificaram estudos que associaram o enfrentamento negativo da doença à diminuição da qualidade de vida e menor eficácia dos programas de reabilitação cardíaca¹. Experiências negativas como não se sentir amado por Deus, atribuir a doença a um castigo, vingança, ou mesmo a um demônio, foram associadas a piores resultados e aumento do risco de morte²¹.

O conflito religioso - que inclui desilusão com crenças religiosas, dúvidas quanto à fé, sentimento de culpa, distância ou raiva de um poder maior - está associado a um maior número de hospitalizações, mais casos de depressão e menor satisfação com a vida, de acordo com uma pesquisa envolvendo pacientes com ICC.²²

Perspectivas futuras

O campo de pesquisa em R/E é bastante abrangente. Pouco ainda se sabe acerca da forma como R/E afetam os diversos sistemas do organismo, e as suas variadas doenças. O sistema cardiovascular é especialmente afetado por fatores psicológicos, sociais, comportamentais, religiosos e espirituais, tornando a pesquisa da relação entre R/E e DCV de grande interesse. A maioria dos artigos que tratam de R/E a relacionam com depressão e outros transtornos mentais, assim como a relação entre esses transtornos e as DCV também já é grande foco de pesquisas. No Brasil, um país considerado for-

temente religioso, cuja população sabidamente utiliza R/E e seus conhecimentos e tradições no tratamento e enfrentamento das doenças, publicações acerca desse tema ainda são raras, e as possibilidades de pesquisa são diversas⁴.

Conclusão

O presente artigo faz uma revisão de artigos dos últimos anos acerca da relação entre R/E e DCV. Como observado, a maioria dos estudos analisados relatam resultados inconclusivos, pouco expressivos e não convincentes da R/E na saúde dos pacientes com doenças cardíacas. Porém as pesquisas devem continuar para estudar e esclarecer a associação entre R/E e saúde cardiovascular. Dos principais tópicos deste artigo, os que necessitam de melhor esclarecimento são aqueles referentes à epidemiologia da religiosidade em cardiopatas e sua influência no tratamento das DCV.

Referências

1. Nadarajah S, Berger AM, Thomas SA. Current status of spirituality in cardiac rehabilitation programs: a review of literature. *J Cardiopulm Rehabil* 2013; 33:135-43.
2. Nicdao EG, Ai AL. Religion and the use of complementary and alternative medicine among cardiac patients. *J Relig Health* 2014; 53:864-77.
3. Masters KS, Hooker SA. Religiousness/spirituality, cardiovascular disease, and cancer: cultural integration for health research and intervention. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81: 206-16.
4. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013; 28: 103-28.
5. Koenig HG. Termos do debate. In: Koenig HG. *Medicina, religião e saúde: onde a ciência e a espiritualidade se encontram*. Porto Alegre: L&PM, 2012. p.9-20.
6. Bekke-Hansen S, Pedersen CG, Thygesen K, Christensen S, Waelde LC, Zachariae R. The role of religious faith, spirituality and existential considerations among heart patients in a secular society: relation to depressive symptoms 6 months post-acute coronary syndrome. *J Health Psychol* 2013; 19:740-53.
7. Delaney C, Barrere C, Helming M. The influence of a spirituality-based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults

- with cardiovascular disease: a pilot study. *J Holist Nurs* 2011; 29: 21-32.
8. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics – 2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010; 121: e46-e215.
 9. Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. Incident obesity and cardiovascular risk factors between young adulthood and middle age by religious involvement: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Prev Med* 2012; 54: 117-21.
 10. Bekke-Hansen S, Pedersen CG, Thygesen K, Christensen S, Waelde LC, Zachariae R. Faith and use of complementary and alternative medicine among heart attack patients in a secular society. *Complement Ther Med* 2012; 20: 306-15.
 11. Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Circulation* 2010; 121: 659-66.
 12. Gomes FC, Andrade AG, Izbicki R, Moreira-Almeida A, Oliveira LG. Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. *Rev Bras Psiquiatr* 2013; 35: 29-37.
 13. Buck A, Williams DR, Musick MA, Sternthal MJ. An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. *Soc Sci Med* 2009; 68: 314-22.
 14. Silva LBE, Silva SSBE, Marcílio AG, Pierin AMG. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas de Sétimo Dia da capital e do interior paulista. *Arq Bras Cardiol* 2012; 98: 329-37.
 15. Obisesan T, Livingston I, Trulear HD, Gillum F. Frequency of attendance at religious services, cardiovascular disease, metabolic risk factors and dietary intake in Americans: an age-stratified exploratory analysis. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36:435-48.
 16. Blumenthal JA, Babyak MA, Ironson G, et al. Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from an acute myocardial infarction. *Psychosom Med* 2007; 69:501-8.
 17. Ai AL, Hall DE. Divine love and deep connections: a long-term follow-up of patients surviving cardiac surgery. *J Aging Res* 2011; doi:10.4061/2011/841061,
 18. Blinderman CD, Homel P, Billings A, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 594-603.
 19. Bekelman DB, Rumsfeld JS, Havranek EP, et al. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: a comparison of heart failure and advanced cancer patients. *J Gen Intern Med* 2009; (24)5:592-8.
 20. Park CL, Lim H, Newlon M, Suresh DP, Bliss DE. Dimensions of religiousness and spirituality as predictors of well-being in advanced chronic heart failure patients. *J Relig Health* 2014; 53:579-90.
 21. Stewart WC, Adams MP, Stewart JA, Nelson LA. Review of clinical medicine and religious practice. *J Relig Health* 2013; 52:91-106.
 22. Park CL, Wortmann JH, Edmonson D. Religious struggle as a predictor of subsequent mental and physical well-being in advanced heart failure patients. *J Behav Med* 2011; 34:426-43.
 23. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press, 2012.

Tabela 1: Religião e doenças cardiovasculares: estudos clínicos recentes.

ANO	R	D	N	POPULAÇÃO	LOCAL	VARIÁVEIS RELIGIOSAS	RESULTADOS
2006	15	T	14.192	ARC	EUA (multicêntrico)	# 1 ARO	(P)
2007	16	CP	503	PM (pós- IAM)	EUA (multicêntrico)	# 18 DSE, ARO, ARNO	Co
2008	18	T	103	PM (ICC)	Massachusetts, EUA	# 4 FACIT-Sp	NA
2009	13	T	3.105	ARC	Chicago, EUA	# 15 ARO, ARNO, ES, BES, BER, ERP, ERN, CR, RI, RE	M
2009	19	T	90	PM	Maryland, EUA	# 12 FACIT-Sp, BES	NA
2010	11	CR	5.474	Ne, B, H, A	EUA (multicêntrico)	# 3 ARO, ARNO, DES	M
2011	7	EE	27	PM, ARC	Connecticut, EUA	# 23 ES, ©	P
2011	17	CP	200	PM (cirurgia cardíaca)	Michigan, EUA	# 44 RS, RI, RE, ERP, ERN, SE	NA
2011	20	CP	101	PM (ICC)	Ohio, EUA	# 10 ERN, DSE, RI	N
2012	9	CP	2.433	ARC	EUA (multicêntrico)	# 1 ARO	(N)
2012	10	CP	97	PM	Dinamarca	# 3 D, RS, ES	Co
2012	14	T	264	MI	São Paulo, Brasil	# 5 DUREL	Co
2013	2	T	481	PM (cirurgia cardíaca)	Michigan, EUA	# 36 ARO, ARNO, RS	NA
2013	6	CP	97	PM	Dinamarca	# 8 RS, ES, D, EnR	NA
2013	12	T	12.595	EU	Brasil (multicêntrico)	# 1 ARO	P
2014	20	CP	111	PM (ICC)	Ohio, EUA	# 14 DES, ES, RI, ARO, SI, ERP	Co

Legenda: R- referência bibliográfica; D – delineamento; N – número de pacientes; T – estudo transversal; CP – coorte prospectiva; CR – coorte retrospectiva; EE – estudo experimental; R – estudo randomizado ou amostra baseada na população; C – amostragem por conveniência; S- amostragem sistemática; R/S – não especificado se amostra randomizada ou sistemática; R/C – não especificado se amostragem randomizada ou por conveniência; ARC – adultos residentes na comunidade; PM – pacientes acompanhados por médicos; IAM – infarto agudo do miocárdio; ICC – insuficiência cardíaca crônica; Ne – negros; B – brancos; H – hispânicos; A – asiáticos; MI – membros de igreja; EU – estudantes universitários; # - número de questões relacionadas à religião/espiritualidade; ARO – atividades religiosas organizacionais; ARNO – atividades religiosas não organizacionais; DSE – Escala de Experiências Espirituais Diárias; FACIT-Sp – Escala Espiritual FACIT; ES – espiritualidade subjetiva; RS – religiosidade subjetiva; BES – bem-estar espiritual; BER – bem-estar religioso; ErN – enfrentamento religioso; ERP – enfrentamento religioso positivo; ERN – enfrentamento religioso negativo; CR – comprometimento religioso; RI – religiosidade intrínseca; RE – religiosidade extrínseca; © - escala contaminada com indicadores de saúde mental; SE – suporte espiritual; SI – suporte baseado na igreja; D – denominação ou afiliação religiosa; DUREL – Escala Religiosa de Duke; NA – nenhuma associação com resultado em saúde; P – ao menos uma associação positiva significativa, nenhuma negativa; (P) – associação positiva, mas não significativa; N – ao menos uma associação negativa significativa, nenhuma positiva; (N) – associação negativa, mas não significativa; M – misto, associações positivas e negativas significativas; Co – resultados complexos. Observação: o formato da tabela e as legendas das informações seguem o modelo proposto por Koenig HG e colaboradores (referência 23).

Endereço para correspondência:

Roberto Henrique Heinisch
 Departamento de Clínica Médica – UFSC – Campus
 Universitário,
 Trindade.
 Florianópolis, SC
 CEP 88040-970.
 E-mail: cardiologia@hu.ufsc.br