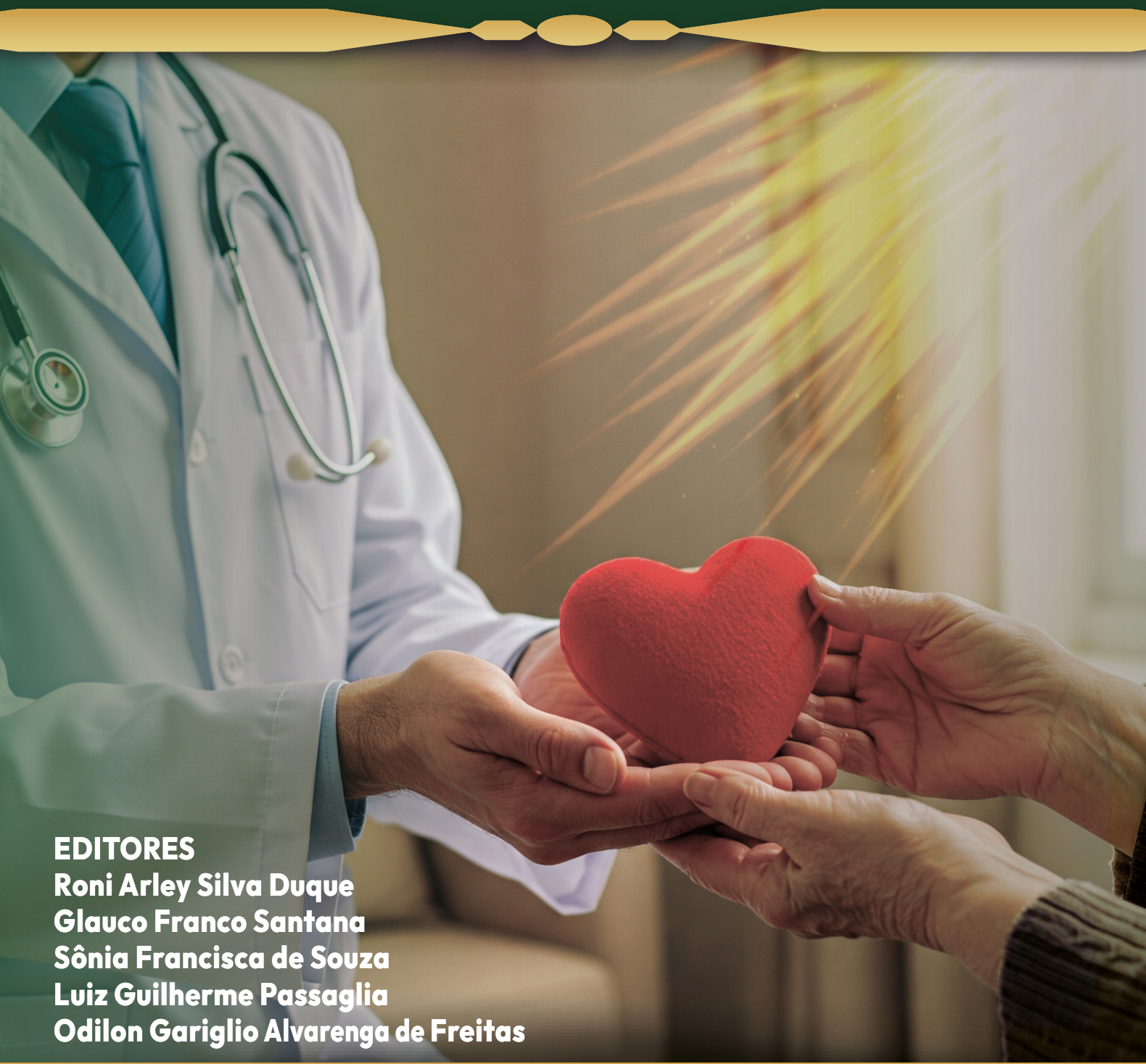


Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina

Enfoque na Prática Cardiovascular



EDITORES

Roni Arley Silva Duque

Glauco Franco Santana

Sônia Francisca de Souza

Luiz Guilherme Passaglia

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Sociedade Mineira de Cardiologia

Alguns direitos reservados. Este livro está disponível sob a licença *Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-Compartilhável* (CC BY-NC-AS; <https://br.creativecommons.net/licencas/>). Sob os termos desta licença, você pode ler, salvar, adaptar e redistribuir esta obra para fins não comerciais, desde que o conteúdo seja devidamente citado, conforme indicado abaixo. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida para fins comerciais, por qualquer meio, sem a prévia autorização da Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG (SBC/MG), reconhecida no estado de Minas Gerais como Sociedade Mineira de Cardiologia. Em qualquer uso do conteúdo deste livro, não deve haver nenhuma sugestão de que a SBC/MG endossa qualquer organização, produto ou serviço específico. Não é permitido o uso do logotipo da SBC/MG. Quaisquer opiniões, descobertas, conclusões ou recomendações expressas nesta publicação não refletem necessariamente as opiniões de qualquer organização ou entidade que forneceu apoio ao projeto.

Citação deste livro: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.1751.

Editora: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG

Editores: Roni Arley Silva Duque
Glauco Franco Santana
Sônia Francisca de Souza
Luiz Guilherme Passaglia
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas

Autores: Glauco Franco Santana
José Carlos da Costa Zanon
José Maria Peixoto
José Resende de Castro Júnior
Marconi Gomes da Silva
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas
Roni Arley Silva Duque
Sônia Francisca de Souza

Ilustrações: A2B Comunicação e Editores

Diagramação: A2B Comunicação

Revisão de português: Idianara Lira Navarro

Audiobook: Hud Erik Silva Duque

Colaboradores: Mônica Moreira Santiago Freire
Ezequiel Pereira da Costa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S678p Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG.
Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina [livro eletrônico]: Enfoque na Prática Cardiovascular / Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; editores Roni Arley Silva Duque... [et al.]. – Belo Horizonte, MG: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG, 2025.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5278-277-9
DOI 10.70271/250620.1751

1. Medicina. 2. Religiosidade e espiritualidade. 3. Cardiologia. I. Duque, Roni Arley Silva. II. Santana, Glauco Franco. III. Souza, Sônia Francisca de. IV. Passaglia, Luiz Guilherme. V. Freitas, Odilon Gariglio Alvarenga de. VI. Título.

CDD 215

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Sociedade Mineira de
Cardiologia



Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG
Av. João Pinheiro, nº: 129, sala: 406 - Centro
Belo Horizonte / Minas Gerais / Brasil - CEP: 30130-180
E-mail: contato@smc.org.br | www.smc.org.br

Capítulo 4.1

Prevenção em Saúde Cardiovascular

Sônia Francisca de Souza
Marconi Gomes da Silva
Glauco Franco Santana



Audiobook | Streaming
O capítulo está disponível
no formato de áudio.

Clique e Acesse

4.1.1. Prevenção Cardiovascular

A maioria dos dados disponíveis sobre os impactos das doenças cardiovasculares (DCV) na população é proveniente de pesquisas feitas no exterior. Recentemente Oliveira *et al.* (2021) com o suporte da Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou uma versão atualizada e expandida da Estatística Cardiovascular – Brasil (ECB) que incorporou dados do Estudo *Global Burden of Disease* (GBD), considerado o mais abrangente levantamento epidemiológico observacional mundial sobre a prevalência das DCV. A ECB apresentou informações referentes ao GBD e da base de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), confirmando que as DCV são a primeira causa de morte no Brasil. Entre 1990 e 2019, a doença arterial coronariana (DAC) foi a principal causa de morte no país, seguida pelo acidente vascular cerebral (AVC).¹

Segundo a ECB, entre 1990 e 2019, a prevalência de DCV foi estimada em 6,1% da população e está aumentando desde 1990 devido ao crescimento e envelhecimento populacional. Observou-se uma redução na taxa de mortalidade ajustada por idade, embora menos significativa nas regiões norte e nordeste. Dados do SUS mostraram um número significativo de procedimentos




cardiovasculares clínicos e cirúrgicos pagos, em especial para insuficiência cardíaca (IC), doenças cerebrovasculares e síndrome coronariana aguda. Hospitalizações para intervenções coronarianas percutâneas aumentaram significativamente nas últimas décadas, enquanto os procedimentos cirúrgicos permaneceram estáveis.¹

Em âmbito internacional, a promoção da saúde tem sido enfatizada como uma estratégia fundamental para a prevenção de doenças. Alguns documentos históricos de referência à promoção da saúde destacam a importância de políticas públicas que criem ambientes favoráveis. Isso reforça a necessidade de ações que vão além da prevenção tradicional e que busquem modificar determinantes sociais e ambientais relacionados ao adoecimento.²

Com base nesses conceitos, admite-se que a prevenção de DCV é um dos pilares mais importantes da saúde pública e a R/E emerge como fator potencialmente significativo na promoção de hábitos saudáveis, apoio social, resiliência, bem-estar emocional e na redução de comportamentos de risco.³

Destacam-se como mecanismos diretamente relacionados à R/E e à prevenção cardiovascular:

1. **Promoção de hábitos saudáveis:** muitas tradições religiosas e práticas espirituais

Souza SF – Faculdade de Medicina da UFMG e Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (Belo Horizonte - MG). 
Silva MG – SPORTIF - Clínica do Exercício e do Esporte (Belo Horizonte - MG). 
Santana GF – Hospital Nossa Senhora de Fátima (Patos de Minas - MG). 
E-mail: contato@smc.org.br

Citar como: Duque RAS, Santana GF, Souza SF, Passaglia LG, Freitas OGA, Editores. *Princípios da Religiosidade e Espiritualidade na Medicina: Enfoque na Prática Cardiovascular*. Belo Horizonte, MG; Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG; 2025. ISBN: 978-65-5278-277-9. DOI: 10.70271/250620.175113.

incentivam a moderação, o autocuidado, a alimentação saudável e a abstenção de substâncias nocivas, como o álcool e as drogas. Essas práticas podem reduzir o risco de doenças crônicas e melhorar a saúde geral.⁴

2. Redução do estresse: a R/E oferece mecanismos de enfrentamento, como oração, meditação, rituais e comunidades de apoio, que podem ajudar a reduzir o estresse e promover a saúde mental. A prevenção do estresse crônico pode contribuir para a redução das DCV.⁵

3. Apoio social: organizações baseadas na fé (OBF) frequentemente fornecem uma rede de apoio social importante, o que pode reduzir o isolamento e a solidão, sendo um fator protetor contra a doença mental e física.²

4. Resiliência e propósito de vida: a R/E frequentemente proporciona um sentido de propósito e significado na vida, o que pode aumentar a resiliência e a capacidade de lidar com adversidades. Pessoas com um senso de propósito significativo tendem a ter melhores resultados de saúde geral.⁶

Neste capítulo, serão abordadas possíveis relações de R/E associados às diversas estratégias de prevenção em saúde. Serão explorados três aspectos centrais: o papel da R/E na promoção de hábitos saudáveis, as OBF como rede de apoio e os desafios relacionados a potenciais conflitos entre crenças religiosas e recomendações médicas.

4.1.2. Papel da Religiosidade e Espiritualidade na Promoção de Hábitos Saudáveis

A R/E tem-se demonstrado útil na promoção de mudanças no estilo de vida fundamentais para a prevenção de DCV. Estudos recentes demonstram que as práticas religiosas/espirituais (Re/Es) frequentemente motivam indivíduos a adotar comportamentos mais saudáveis, como: prática regular de exercícios físicos, alimentação balanceada e abstinência de tabaco e álcool.^{7,8}

A R/E pode criar mecanismos de enfrentamento do estresse, um conhecido fator de risco para DCV. Práticas como meditação, oração e mindfulness são associadas

à redução dos níveis de cortisol e à melhora da função endotelial, contribuindo para a saúde cardiovascular.⁹ Além disso, as práticas Re/Es podem fornecer um senso de propósito e significado, ajudando os indivíduos a lidarem melhor com os estresses cotidianos e a manter hábitos saudáveis a longo prazo.¹⁰

4.1.3. Organizações Baseadas na Fé como Rede de Apoio

As organizações baseadas na fé (OBF) desempenham um papel fundamental na disseminação de informações sobre prevenção cardiovascular e na criação de redes de apoio social. Essas entidades frequentemente organizam programas de saúde que incentivam a adoção de hábitos saudáveis, como caminhadas em grupo, palestras sobre nutrição e campanhas para a cessação do tabagismo. Por exemplo, um estudo de Powell *et al.* destacou o impacto positivo de programas de saúde promovidos por igrejas nos Estados Unidos com melhorias significativas nos indicadores de saúde cardiovascular entre os participantes.¹¹

Além disso, as OBF oferecem um ambiente de apoio emocional e social, que pode ser crucial para a adesão a mudanças no estilo de vida. A sensação de pertencimento e o incentivo mútuo entre os membros da comunidade podem fortalecer a motivação para manter hábitos saudáveis, como a prática regular de exercícios e uma alimentação equilibrada.⁸ Programas como o “*Developing Faith-Based Health Promotion Programs that Target Cardiovascular Disease and Cancer Risk Factors*” são implementados em diversas partes do mundo, demonstrando que a integração entre espiritualidade e saúde pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção de DCV.¹²

4.1.4. Desafios da Prevenção em Saúde Cardiovascular e Religiosidade e Espiritualidade

Apesar dos possíveis benefícios, é importante reconhecer como todas as práticas Re/Es são compatíveis com as recomendações médicas,

o que pode gerar conflitos no manejo de DCV. Por exemplo, algumas crenças religiosas podem desencorajar o uso de medicamentos ou intervenções cirúrgicas, preferindo confiar exclusivamente na fé ou em práticas Re/Es para o tratamento. Koenig *et al.* destacaram casos em que pacientes recusaram tratamentos médicos essenciais devido a convicções religiosas, o que poderia levar a complicações graves e até fatais.¹³

Como visto nos capítulos anteriores, é um desafio para os médicos abordar questões sobre R/E, o que pode resultar em uma lacuna no cuidado integral. É fundamental contemplar as crenças Re/Es dos pacientes com as evidências científicas, garantindo que as decisões terapêuticas sejam tomadas de forma colaborativa por meio de um diálogo respeitoso e informado entre médicos e pacientes, integrando a R/E ao plano de tratamento.¹³

Os impactos da R/E sobre a prevenção cardiovascular (primária e secundária) e as DCV devem ser analisados à luz da medicina baseada em evidências (MBE). Entretanto, muitos estudos realizados não demonstraram evidências científicas robustas por questões, em sua maioria, metodológicas (estudos observacionais e retrospectivos). Foram selecionadas as publicações mais relevantes do ponto de vista da MBE sobre R/E na prevenção primária e secundária de DCV e serão descritos os dados objetivos de cada estudo sem emissão de juízo de valor (Tabela 1).¹⁴⁻²⁸

Mecanismos envolvidos na R/E sobre a prevenção cardiovascular, segundo as publicações mais relevantes:

1. Redução do estresse e regulação emocional:

- A espiritualidade está associada a menores níveis de estresse e ansiedade, o que pode reduzir os níveis de cortisol e a ativação do sistema nervoso simpático, ambos envolvidos na fisiopatologia da hipertensão arterial e das doenças coronarianas.

- Estudos indicam que práticas espirituais, como oração e meditação, estão associadas a uma redução da pressão arterial e uma melhora da variabilidade da frequência cardíaca, indicando uma regulação do sistema nervoso autônomo cardíaco.²⁹

2. Influência em comportamentos de saúde:

- Pesquisas sugerem que indivíduos religiosos têm menor probabilidade de fumar, consumir álcool ou drogas ilícitas, fatores conhecidos por aumentarem o risco de DCV.²⁶

- A metanálise de Li *et al.* demonstrou que a participação regular em atividades religiosas está associada a uma redução de 20% na mortalidade cardiovascular.³⁰

3. Modulação da inflamação sistêmica:

- Estudos indicam que indivíduos com maior envolvimento espiritual apresentam menores níveis de biomarcadores inflamatórios (p. ex.: proteína C-reativa e interleucinas pró-inflamatórias), fatores diretamente associados à aterosclerose.

- Segundo Koenig *et al.*, a regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) promovida por práticas espirituais contribui para uma resposta ao estresse mais equilibrada.³¹

4. Impacto na adesão ao tratamento e recuperação:

- A espiritualidade também está associada a uma melhor adesão terapêutica, pois indivíduos com crenças religiosas encaram frequentemente a doença como um desafio superável, adotando uma postura mais positiva diante do tratamento.^{26,32}

- Estudos sugerem que pacientes infartados que relatam alto nível de espiritualidade apresentam melhores taxas de recuperação e menor recorrência de eventos cardiovasculares.³³

Entretanto, estudos prospectivos e mais robustos são necessários para validar os achados dos estudos observacionais e retrospectivos sobre a prevenção em saúde cardiovascular.

4.1.5. Material Complementar/Interativo

Este livro possui material interativo adicional (científico, institucional, informativo etc.), que permitirá maior aprofundamento e aprendizado dos assuntos abordados neste capítulo. O conteúdo encontra-se no site institucional da Sociedade Mineira de Cardiologia e da SBC e é acessível pela internet nos links e/ou QR codes apresentados a seguir:



Clique e Acesse

Participe das discussões e atividades GEMCA/SMC/SBC! Saiba como!



Clique e Acesse

Acesse gratuitamente todos os capítulos do livro no formato de áudio - *Audiobook*.

Tabela 1 – Publicações relevantes sobre religiosidade e espiritualidade na prevenção (primária e secundária) de doenças cardiovasculares.¹⁴⁻²⁸

<i>Religiosity/spirituality and cardiovascular health: the American Heart Association Life's Simple 7 in african americans of the Jackson Heart Study.¹⁴</i>			
Tipo do Estudo:	Estudo transversal, utilizando dados do <i>Jackson Heart Study</i> .	Metodologia/ Participantes:	2.967 (idade média de 54,0±12,3 anos; 65,7% mulheres). Examinou as relações entre religiosidade (frequência religiosa, oração privada, enfrentamento religioso) e espiritualidade (teísta, não teísta, total) com componentes individuais do LS7 (p. ex: atividade física, dieta, tabagismo, pressão arterial) e pontuação composta entre afro-americanos.
Resultados:	Níveis mais elevados de R/E foram associados à saúde cardiovascular intermediária/ideal em vários indicadores do LS7. O reforço da R/E em intervenções de estilo de vida pode diminuir o risco geral de DCV entre afro-americanos.		
<i>Meditation and cardiovascular risk reduction: a scientific statement from the American Heart Association.¹⁵</i>			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática sobre os benefícios potenciais da meditação no risco cardiovascular e publicação de declaração científica da <i>American Heart Association</i> .	Metodologia/ Participantes:	Revisão de 2008 de mais de 400 ensaios clínicos sobre meditação e cuidados de saúde. Estudos sobre meditação e redução de risco cardiovascular foram pesquisados no PubMed usando termos como meditação, estresse, pressão arterial, hipertensão, tabagismo, uso de tabaco, resistência à insulina, síndrome metabólica, aterosclerose, função endotelial, isquemia miocárdica, prevenção primária e prevenção secundária. Buscas adicionais foram realizadas no Google e no Google Acadêmico.
Resultados:	Estudos sobre meditação sugerem um possível benefício no risco cardiovascular, embora a qualidade geral e, em alguns casos, a quantidade de dados do estudo sejam modestas. A AHA classificou a qualidade metodológica dos ensaios clínicos como fraca, mas observou que a qualidade desses ensaios melhorou significativamente ao longo do tempo.		
<i>Role of yoga in cardiovascular diseases.¹⁶</i>			
Tipo do Estudo:	Revisão bibliográfica do PubMed e do Google Acadêmico.	Metodologia/ Participantes:	80 artigos de revisão e artigos de pesquisas / capítulos de livros.
Resultados:	Esta revisão documentou evidências suficientes de que a yoga demonstra regulação positiva dos vários fatores de risco associados à DCV.		
<i>Effects of yoga on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis.¹⁷</i>			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática e metanálise.	Metodologia/ Participantes:	A busca bibliográfica de 1.510 registros; 4 registros adicionais foram recuperados de listas de referências de artigos originais identificados; e 1 registro adicional foi recuperado do <i>Journal of Physical Therapy and Yoga</i> . Após a exclusão de duplicatas, 956 registros foram examinados e 857 registros foram excluídos por: não serem ECRs; participantes apresentarem condições ineligiáveis e/ou <i>yoga</i> não ser uma intervenção. Ao final, foram incluídos 41 ECRs (N=3.168).
Resultados:	O <i>yoga</i> mostra regulação positiva de vários fatores de risco associados às DCV (pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca e respiratória, circunferência abdominal, colesterol total, HDL, VLDL, triglicérides, glicohemoglobina e resistência a insulina). Apesar do grande número de estudos incluídos na revisão, a heterogeneidade dos estudos e o risco de viés foram elevados, o que reduziu a certeza dos achados. A maioria dos estudos era de baixo número amostral. De modo geral, não foram identificadas informações acerca dos desfechos clínicos cardiovasculares.		

Continua...

Tabela 1 (Continuação) — Publicações relevantes sobre religiosidade e espiritualidade na prevenção (primária e secundária) de doenças cardiovasculares.¹⁴⁻²⁸

<i>Meditation for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease.¹⁸</i>			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática.	Metodologia/ Participantes:	81 ECRs (6.971 participantes), publicados até 14 de novembro de 2021, juntamente com verificação de referências, busca de citações e contato com autores de estudos para identificar estudos adicionais. Ensaios clínicos randomizados (ECRs) com duração de 12 semanas ou mais em adultos com alto risco de DCV e aqueles com DCV estabelecida.
Resultados:	Muito pouca informação sobre os efeitos da meditação nos desfechos clínicos de DCV e informação limitada sobre pressão arterial e resultados psicológicos para pessoas em risco de DCV ou com DCV estabelecida.		
<i>Religious or spiritual coping, religious service attendance, and type 2 diabetes: a prospective study of women in the United States.¹⁹</i>			
Tipo do Estudo:	Estudo de coorte sobre o impacto da R/E no DM2 e revisão de estudos transversais e longitudinais.	Metodologia/ Participantes:	Estudos transversais e longitudinais sobre o tema, incluindo o NHS II, que é um estudo prospectivo, amplo e em andamento nos Estados Unidos, com início em 1989, recrutando 116.429 enfermeiras registradas em 14 estados.
Resultados:	R/E não foi significativamente associado ao DM2, mas seu papel em outras condições crônicas pode ser importante.		
<i>The association of religion and spirituality with obesity and a weight change in the USA: a large-scale cohort study.²⁰</i>			
Tipo do Estudo:	Coorte larga escala.	Metodologia/ Participantes:	Usando a coorte NHS II, o acompanhamento ocorreu de 2001 a 2015, com até 35.547 participantes avaliados para as análises de enfrentamento religioso ou espiritual e frequência a serviços religiosos.
Resultados:	Não houve associação significativa entre enfrentamento religioso ou espiritual, frequência a serviços religiosos, obesidade e mudança de peso. Embora religião e espiritualidade sejam proeminentes na sociedade americana, elas não são fatores psicossociais importantes que influenciam o peso corporal nesta amostra.		
<i>Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review.²¹</i>			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática.	Metodologia/ Participantes:	15 artigos incluídos publicados entre 2002 e 2017, a maioria nos EUA.
Resultados:	16 dimensões de R/E foram avaliadas por meio de diferentes instrumentos. Os domínios de qualidade de vida (QV) analisados foram: global, relacionado à saúde e específica para a doença. 10 estudos relataram uma associação positiva significativa entre R/E e QV, com maior bem-estar espiritual, religiosidade intrínseca e frequência à igreja, associando-se positivamente ao bem-estar mental e emocional. Aproximadamente 50% dos estudos incluídos relatou associações negativas ou nulas. Os achados sugerem que níveis mais elevados de R/E podem estar relacionados a uma melhor QV entre pacientes com DCV, com associações variáveis dependendo da dimensão de R/E e do domínio de QV avaliado.		
<i>Religiosity, spirituality and quality of life of dialysis patients: a systematic review.²²</i>			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática.	Metodologia/ Participantes:	Metodologia PRISMA, busca sistemática nas bases PubMed e SCOPUS (de janeiro de 1980 a dezembro de 2018). Levantou 50 artigos (N=9.265).
Resultados:	A R/E tem impacto positivo na maioria dos parâmetros de qualidade de vida (QV) em pacientes dialíticos.		
<i>Systematic review and meta-analysis of church-based interventions to improve cardiovascular disease risk factors.²³</i>			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática e metanálise.	Metodologia/ Participantes:	Buscas sistemáticas nas bases MEDLINE, Embase e pesquisas, manuais de referências até novembro de 2021. Foram levantados 81 estudos (N=17.275).
Resultados:	As intervenções baseadas em igrejas foram associadas a redução de: peso corporal (-1,4 kg, IC95%: -2,6, -0,5 I ² : 85,5%); circunferência abdominal -2 cm, (IC95%: -3,5, -0,3; I ² : 72,9%); pressão arterial sistólica em -2,3 mmHg (IC95%: -4,3 a -0,3; I ² : 48,8%), e tendência de redução da PAD em -1,2 mmHg (IC95%: -2,48 a 0,07; I ² : 52,2%). As intervenções foram associadas a melhores padrões alimentares (54% dos ECRs), aumento de atividade física (p<0,05; 48% dos ECRs). Poucos estudos avaliaram o controle glicêmico e do colesterol, bem como cessação do tabagismo, não obtendo poder estatístico. As intervenções baseadas em igrejas direcionadas a fatores de risco cardiovascular são eficazes para reduzi-los, especialmente em populações com disparidades em saúde.		

Continua...

Tabela 1 (Continuação) — Publicações relevantes sobre religiosidade e espiritualidade na prevenção (primária e secundária) de doenças cardiovasculares.¹⁴⁻²⁸

<i>The effects of nurse-led spiritual care on psychological well-being in the healthcare services of patients with cardiovascular diseases in Iran: a systematic review.</i> ²⁴			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática.	Metodologia/ Participantes:	Usando diretrizes PRISMA, foi realizada busca abrangente em múltiplas bases de dados (PubMed, Scopus, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, SID, Magiran e Web of Science) levantando 15 artigos relevantes em inglês e persa (2013 a 2023) com N=1.035.
Resultados:	Todos os estudos revisados relataram desfechos positivos com as intervenções espirituais, demonstrando sua efetividade na redução da ansiedade, depressão, dor, estresse e emoções negativas, além de melhorar a qualidade de vida e possivelmente a expectativa de vida.		
<i>The impact of gratitude interventions on patients with cardiovascular disease: a systematic review.</i> ²⁵			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática.	Metodologia/ Participantes:	19 ECRs publicados na língua inglesa entre 2005 e 2023 que avaliavam intervenções que estimulavam gratidão (pelo gratitude questionnaire – GQ6) e pacientes com risco cardiovascular.
Resultados:	Foram observados os seguintes desfechos com significância estatísticas após as intervenções: redução de níveis de biomarcadores inflamatórios (PCR, TNF-alfa, IL-6, interferon-gama); maior aderência em tratamento em geral e após evento de SCA; redução de progressão da insuficiência cardíaca; melhores padrões alimentares; melhor controle de diabetes tipo 1 e glicohemoglobina; melhor qualidade e duração de sono.		
<i>The association between religiosity, spirituality, and medication adherence among patients with cardiovascular diseases: a systematic review of the literature.</i> ²⁶			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática.	Metodologia/ Participantes:	Selecionado estudos em língua inglesa até setembro de 2018 do tipo observacional, ECR e quantitativo que incluíram DCV, entre elas HAS, IC e SCA, buscando avaliar a adesão medicamentosa em pacientes de todas as idades.
Resultados:	Foram identificados 9 estudos (6 transversais, um estudo com desenho misto, um experimental e uma coorte): um de alta qualidade e os demais de moderada a baixa qualidade. As associações positivas para HAS foram: oração como um mecanismo de CRE-P; a religiosidade organizacional, não-organizacional e intrínseca; intervenções educacionais baseadas na fé e altos níveis de meditação. Para IC: maiores níveis de espiritualidade, religiosidade intrínseca tiveram resultados mistos, contribuindo positiva e negativamente. Não foram identificados estudos em pacientes com síndrome coronariana aguda.		
<i>The effect of observing religious or faith-based fasting on cardiovascular disease risk factors: A systematic review and meta-analysis.</i> ²⁷			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática e metanálise.	Metodologia/ Participantes:	Comparar o impacto de diferentes práticas de jejum religioso sobre o risco de doenças cardiometabólicas. Selecionados 14 artigos publicados até março de 2023 (atualização em janeiro de 2024) dos quais 10 estudos eram metanálises, totalizando 755 adultos praticantes de jejum e 661 controles não praticantes.
Resultados:	A prática do jejum religioso foi associada à redução do índice de massa corporal (-0,40 kg/m ² ; IC95%: -0,70 a -0,10; p<0,01). A observância do jejum do Ramadã foi associada à redução da pressão arterial sistólica (-3,83 mmHg; IC95%: -7,44 a -0,23; p=0,04). Já a prática do jejum da tradição cristã ortodoxa esteve relacionada à redução do colesterol total (-0,52 mmol/L; IC95%: -0,64 a -0,39; p<0,01). Não foram observadas diferenças significativas nos demais desfechos analisados.		
<i>Effects of static meditation practice on blood lipid levels: a systematic review and meta-analysis.</i> ²⁸			
Tipo do Estudo:	Revisão sistemática e metanálise.	Metodologia/ Participantes:	16 estudos clínicos (11 ensaios e 5 experimentos observacionais) com N: 1.147.
Resultados:	A metanálise mostra uma associação entre a prática de meditação em adultos saudáveis ou sub-saudáveis e níveis reduzidos de colesterol, com uma redução média de -13,91 mg/dL (-23,35; -4,47 mg/dL; p=0,02), juntamente com impactos favoráveis e ainda mais pronunciados nos níveis de triglicerídeos (MD= -32,56 [-48,44; -16,68] mg/dL; p<0,01). O envolvimento regular em práticas de meditação estática pode estar associado a níveis mais baixos de triglicerídeos e, em menor grau, de colesterol. Mais estudos sobre o tópico são recomendados para melhor investigar a relação entre a prática de meditação e parâmetros fisiológicos.		

N: número de participantes; *IC95%*: intervalo de confiança de 95%; *I²*: índice de heterogeneidade; *P*: índice de significância estatística; *MD*: média; *JHS*: Jackson Heart Study; *DP*: desvio-padrão; *LS7*: Life's Simple 7; *R/E*: religiosidade/espiritualidade; *DCV*: doença cardiovascular; *AHA*: American Heart Association; *ECR*: ensaio clínico randomizado; *HDL*: high density lipoprotein; *LDL*: very low density lipoprotein; *DM2*: diabetes mellitus tipo 2; *NHS II*: Nurses' Health Study II; *EUA*: Estados Unidos da América; *QV*: qualidade de vida; *PAD*: pressão arterial diastólica; *PAS*: pressão arterial sistólica; *GQ6*: gratitude questionnaire; *PCR*: proteína C-reativa; *IL-6*: interleucina tipo 6; *TNF-alfa*: fator de necrose tumoral alfa; *SCA*: síndrome coronariana aguda; *HAS*: hipertensão arterial sistêmica; *IC*: insuficiência cardíaca; *CRE-P*: coping religioso-espiritual positivo.

Referências Bibliográficas

1. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2022;118:115–373. <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>. **FREE**
2. Drageset J. Social Support. In: Haugan G, Eriksson M, editors. *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*, Cham (CH): Springer; 2021.
3. Cruz JIN, Cardozo ACL, Melo EV de, Lira JMC, Santos GV, Salazar G de O, et al. Religiosity and Spirituality: The Relationship Between Psychosocial Factors and Cardiovascular Health. *Int J Cardiovasc Sci* 2023;36:e20220176. <https://doi.org/10.36660/ijcs.20220176>. **FREE**
4. Monteiro DD, Reichow JRC, Sais E de F, Fernandes F de S. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia* 2020;40:129–39.
5. Laurita Faustino, Pinheiro DF, Adami ER. Espiritualidade e religiosidade aplicada à saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista FT*. 2023. ISSN 1678-0817. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.8183708>. **FREE**
6. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)* 2007;34:136–45. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700017>. **FREE**
7. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012;2012:278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>. **FREE**
8. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *Int J Behav Med* 2016;23:63–70. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9491-1>.
9. Levine A, Zagoory-Sharon O, Feldman R, Lewis JG, Weller A. Measuring cortisol in human psychobiological studies. *Physiology & Behavior* 2007;90:43–53. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2006.08.025>.
10. Park CL, Aldwin CM, Choun S, George L, Suresh DP, Bliss D. Spiritual peace predicts 5-year mortality in congestive heart failure patients. *Health Psychol* 2016;35:203–10. <https://doi.org/10.1037/hea0000271>. **FREE**
11. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist* 2003;58:36–52. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.36>.
12. Burchenal C, Tucker S, Soroka O, Antoine F, Ramos R, Anderson H, et al. Developing Faith-Based Health Promotion Programs that Target Cardiovascular Disease and Cancer Risk Factors. *J Relig Health* 2022;61:1318–32. Disponível: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11135629/> **FREE**
13. Koenig HG. *Religion and mental health: Research and clinical applications*. San Diego, US: Elsevier Academic Press; 2018.
14. Brewer LC, Bowie J, Slusser JP, Scott CG, Cooper LA, Hayes SN, et al. Religiosity/Spirituality and Cardiovascular Health: The American Heart Association Life's Simple 7 in African Americans of the Jackson Heart Study. *J Am Heart Assoc* 2022;11:e024974. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.024974>. **FREE**
15. Levine GN, Lange RA, BaireyMerz CN, Davidson RJ, Jamerson K, Mehta PK, et al. Meditation and Cardiovascular Risk Reduction: A Scientific Statement From AHA. *JAHA* 2017;6:e002218. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.002218>. **FREE**
16. Sharma H, Swetanshu null, Singh P. Role of Yoga in Cardiovascular Diseases. *Curr Probl Cardiol* 2024;49:102032. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.102032>.
17. Cramer H, Lauche R, Haller H, Steckhan N, Michalsen A, Dobos G. Effects of yoga on cardiovascular disease risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol* 2014;173:170–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.02.017>.
18. Rees K, Takeda A, Court R, Kudrna L, Hartley L, Ernst E. Meditation for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2024;2:CD013358. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013358.pub2>.
19. Spence ND, Warner ET, Farvid MS, VanderWeele TJ, Zhang Y, Hu FB, et al. Religious or spiritual coping, religious service attendance, and type 2 diabetes: A prospective study of women in the United States. *Ann Epidemiol* 2022;67:1–12. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2021.09.012>.
20. Spence ND, Warner ET, Farvid MS, VanderWeele TJ, Zhang Y, Hu FB, et al. The Association of Religion and Spirituality with Obesity and Weight Change in the USA: A Large-Scale Cohort Study. *J Relig Health* 2022;61:4062–80. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01368-6>.
21. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Qual Life Res* 2018;27:2777–97. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4>. **FREE**
22. Burlacu A, Artene B, Nistor I, Buju S, Jugrin D, Mavrichi I, et al. Religiosity, spirituality and quality of life of dialysis patients: a systematic review. *Int Urol Nephrol* 2019;51:839–50. <https://doi.org/10.1007/s11255-019-02129-x>.
23. Maroney K, Laurent J, Alvarado F, Gabor A, Bell C, Ferdinand K, et al. Systematic review and meta-analysis of church-based interventions to improve cardiovascular disease risk factors. *The American Journal of the Medical Sciences* 2023;366:199–208. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2023.05.010>.
24. Mousavizadeh SN, Jandaghian-Bidgoli M. The effects of nurse-led spiritual care on psychological well-being in the healthcare services of patients with cardiovascular diseases in Iran: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord* 2024;24:403. <https://doi.org/10.1186/s12872-024-04076-7>. **FREE**
25. Wang X, Song C. The impact of gratitude interventions on patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Front Psychol* 2023;14:1243598. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1243598>. **FREE**
26. Elhag M, Awaisu A, Koenig HG, Mohamed Ibrahim MI. The Association Between Religiosity, Spirituality, and Medication Adherence Among Patients with Cardiovascular Diseases: A Systematic Review of the Literature. *J Relig Health* 2022;61:3988–4027. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01525-5>. **FREE**
27. Gholampoor N, Sharif AH, Mellor D. The effect of observing religious or faith-based fasting on cardiovascular disease risk factors: A systematic review and meta-analysis. *NMCD* 2024;34:1097–109. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2024.02.002>. **FREE**
28. Antonelli M, Donelli D, Gurgoglione FL, Lazzaroni D, Halasz G, Niccoli G. Effects of Static Meditation Practice on Blood Lipid Levels: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare (Basel)* 2024;12:655. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060655>. **FREE**
29. Levine GN, Lange RA, BaireyMerz CN, Davidson RJ, Jamerson K, Mehta PK, et al. Meditation and Cardiovascular Risk Reduction. *J Am Heart Assoc* 2017;6:e002218. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.002218>. **FREE**
30. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of Religious Service Attendance With Mortality Among Women. *JAMA Internal Medicine* 2016;176:777–85. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1615>. **FREE**
31. Koenig HG, VanderWeele TJ, Peteet JR. Stress Hormones. In: Koenig HG, VanderWeele T, Peteet JR, editors. *Handbook of Religion and Health*, Oxford University Press; 2024, p. 0. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190088859.003.0025>.
32. Camargo Y da S, Ferreira ASB, Scalia LAM, Magnabosco P, Bragato AG da C, Raponi MBG, et al. Spirituality/Religiosity and Adherence to Treatment in Hypertensive Individuals. *Arq Bras Cardiol* 2025;122:e20240558. <https://doi.org/10.36660/abc.20240558>. **FREE**
33. Bools A, vanDellen MR, Banks JB. The relationship between self-control and health: The mediating effect of avoidant coping. *Psychology & Health* 2011;26:1049–62. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.529139>.