

CARDIOLOGIA

TEORIA E PRÁTICA

EDIÇÃO XXVII

Capítulo 21

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E SÍNDROME CORONARIANA AGUDA: INTERFACES COM O PROGNÓSTICO, A ADESÃO TERAPÊUTICA E A QUALIDADE DE VIDA

- 1. NICOLAS GABRIEL MATTANA PICCOLI
- 1. LAURA JUNQUEIRA COUTINHO
- 1. THIAGO CROCOLI BALBINOT
- 1. BIANCA BRANCO
- 1. CLAUDIA DORNELLES
- 1. ISADORA SOUZA CRESTANI
- 1. CATARINA GALAFASSI
- 1. CAROLINA MICHELON DAL ZOTTO
- 1. TOMÁS SGANDELLA FONTOURA
- 1. OTÁVIO BUSKE PEDROTTI
- 1. NICOLAS GIASSON PINTO
- 1. ENZO GIASSON PINTO
- 1. SOFIA FASOLI OLTRAMARI
- 2. FÁBIO SCHWALM
- 2. MARINA MANTESSO

¹Discente do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

²Docente do Curso de Medicina da Universidade de Caxias do Sul.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religiosidade; Síndrome Coronariana Aguda.

DOI

10.59290/2707820201

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A síndrome coronariana está intrinsecamente ligada a fatores de risco tradicionais — hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus e tabagismo. Consolida-se, contudo, o reconhecimento de fatores psicossociais, entre eles a religiosidade e a espiritualidade, como dimensões potencialmente associadas à regulação do estresse, da depressão e da ansiedade, que, por sua vez, podem influenciar o prognóstico cardiovascular e o risco de doença.

Estresse, ansiedade e depressão interagem continuamente com o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, favorecendo sua ativação sustentada, com inflamação sistêmica, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Cronicamente, essa ativação pode contribuir para disfunção endotelial e alterações da coagulação, reduzir a capacidade de reparo do endotélio e predispor à formação de trombos e ao surgimento de doença arterial coronariana. Esse desgaste psicológico também pode comprometer o comportamento do paciente, reduzindo cuidados como exercício físico, alimentação adequada e adesão ao tratamento.

Espiritualidade e religiosidade são conceitos relacionados, porém distintos. Religiosidade refere-se à prática institucionalizada de crenças — rituais, doutrinas, participação em comunidade religiosa. Espiritualidade é dimensão mais ampla e subjetiva, ligada à busca de sentido, propósito e conexão com o transcendente, podendo ou não se vincular a uma tradição religiosa formal. Clinicamente, essa distinção envolve aspectos existenciais que moldam como o paciente percebe a doença, atribui significado ao adoecimento e se engaja no cuidado, especialmente após eventos agudos.

O objetivo deste capítulo foi mapear as evidências científicas que interligam a espiritualidade e a religiosidade ao prognóstico, à adesão terapêutica e à qualidade de vida no pós-

síndrome coronariana aguda imediato e tardio, explorando também o papel dessas dimensões no enfrentamento da doença, na adaptação ao tratamento e na manutenção de mudanças de estilo de vida.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura científica, realizada na base de dados PubMed/MEDLINE durante o mês de junho de 2026, com artigos do período de 2008 a 2026. A busca foi realizada por meio da seguinte estratégia, combinando descritores MeSH e termos livres: ((“acute coronary syndrome”[mesh] OR “myocardial infarction”[mesh] OR “acute coronary syndrome” OR “myocardial infarction” OR “heart attack” OR “unstable angina”) AND (“spirituality”[mesh] OR “religion”[mesh] OR “spirituality” OR “religion” OR “spiritual coping” OR “spiritual well-being”) AND (“cardiovascular rehabilitation”[mesh] OR “rehabilitation” OR “recovery” OR “prognosis” OR “survival rate”[mesh] OR “patient compliance”[mesh])).

Essa busca inicial retornou 187 artigos. Os critérios de inclusão foram: estudos clínicos, coortes prospectivas, ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas publicados em inglês, português ou espanhol, disponíveis na íntegra, que abordassem diretamente a interface entre espiritualidade/religiosidade e desfechos cardiovasculares, com ênfase na síndrome coronariana aguda. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponíveis apenas em formato de resumo, cartas ao editor, editoriais sem dados originais, e estudos cujo foco central não envolvesse a relação entre E/R e saúde cardiovascular.

Desses, permaneceram 28 estudos primários que se adequavam aos objetivos da revisão, aos quais foram acrescentadas referências complementares de caráter conceitual e metodológico, como protocolos de anamnese espiritual e

diretrizes de sociedades científicas. Os dados foram organizados de forma descritiva, em três eixos temáticos: mecanismos fisiopatológicos, evidências clínicas no pós-SCA e diretrizes práticas para a abordagem da espiritualidade na rotina cardiológica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fisiopatologia e mecanismos neurobiológicos: possíveis interfaces com a saúde cardiovascular

Modulação do sistema nervoso autônomo

A modulação do sistema nervoso autônomo representa um dos principais mecanismos pelos quais práticas reflexivas e espirituais podem influenciar a saúde cardiovascular. Evidências sugerem que atividades como meditação, oração e outras práticas contemplativas promovem redução do tônus simpático e aumento da atividade parassimpática, favorecendo maior equilíbrio autonômico e adaptação ao estresse.

Uma revisão sobre tradições de meditação budista descreveu alterações autonômicas distintas conforme o tipo de prática. Entre os achados discutidos, práticas contemplativas com foco atencional foram associadas ao aumento de componentes parassimpáticos da variabilidade da frequência cardíaca e à redução de marcadores de ativação simpática. Como se trata de síntese de estudos heterogêneos, esses resultados não devem ser interpretados como demonstração de um efeito uniforme de toda forma de meditação (AMIHAI; KOZHEVNIKOV, 2015).

Resultados semelhantes foram observados em praticantes de meditação Shamatha. Em 85% dos registros de VFC, verificou-se melhora da regulação autonômica, com aumento do tônus vagal e melhor equilíbrio entre os sistemas simpático e parassimpático. Essas alterações foram acompanhadas por redução dos níveis de cortisol, melhora da atenção sustentada e mudanças fisiológicas compatíveis com um estado de relaxamento, incluindo diminuição das frequências

cardíaca e respiratória e redução do consumo de oxigênio (BLASE; VAN WANING, 2019).

Além dos efeitos fisiológicos, estudos de neuroimagem indicam que experiências religiosas e espirituais apresentam correlatos neurobiológicos envolvendo regiões relacionadas à autorregulação emocional, à autoconsciência e ao processamento de significado, como o córtex frontal medial, o córtex orbitofrontal, o precuneus, o córtex cingulado posterior, a rede de modo padrão e o núcleo caudado (RIM *et al.*, 2019). Em conjunto, esses achados sugerem que experiências espirituais e práticas contemplativas podem associar-se à modulação autonômica e à redução da hiperatividade simpática, mecanismos potencialmente relacionados ao bem-estar psicofisiológico e à saúde cardiovascular.

Via neuroendócrina e imunomodulação

A resposta inflamatória é fundamental para o reparo tecidual após o infarto agudo do miocárdio (IAM), porém sua ativação excessiva ou prolongada pode favorecer remodelamento ventricular adverso, disfunção endotelial e progressão para insuficiência cardíaca. Em adultos participantes de um retiro breve, não selecionados por IAM ou outra cardiopatia, práticas meditativas associaram-se à modulação de marcadores de estresse e inflamação. Esses dados oferecem plausibilidade biológica, mas não demonstram, isoladamente, benefício na recuperação cardiovascular pós-infarto (GARDI *et al.*, 2022).

A redução do cortisol constitui um dos mecanismos estudados nesse contexto. Em ensaio clínico randomizado com adultos sem seleção por doença cardiovascular, a prática da meditação *Heartfulness* por 30 dias promoveu redução significativa dos níveis de cortisol, acompanhada por aumento de ocitocina e β -endorfinas, indicando modulação da resposta neuroendócrina ao estresse (PHILIP *et al.*, 2025). O estudo não envolveu pacientes pós-IAM; portanto, seus

resultados não estabelecem benefício clínico cardiovascular nessa população.

A modulação da inflamação também desempenha papel central na recuperação pós-infarto. Citocinas pró-inflamatórias, como IL-1 β , TNF- α e IL-6, estão associadas ao remodelamento cardíaco adverso, enquanto mediadores anti-inflamatórios, como a IL-10, favorecem a resolução da inflamação e o reparo tecidual (ZHAO; ZHAO; RONG, 2020). Em estudo com pacientes pós-infarto, uma estratégia farmacológica com ação antioxidante e anti-inflamatória reduziu níveis de marcadores inflamatórios e associou-se a melhora de parâmetros de função cardíaca e prognóstico (DUAN *et al.*, 2024). Esse estudo sustenta a relevância das vias inflamatórias no pós-IAM, mas não avaliou uma intervenção espiritual ou religiosa.

Resposta cardiovascular ao estresse agudo

A resposta cardiovascular ao estresse agudo envolve a ativação do sistema nervoso autônomo e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), promovendo alterações fisiológicas essenciais para a adaptação do organismo. Contudo, quando excessiva ou recorrente, essa resposta pode contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Nesse contexto, evidências sugerem que o bem-estar espiritual atua como um modulador da reatividade cardiovascular ao estresse por meio de mecanismos que incluem regulação autonômica, redução da ativação neuroendócrina, resignificação cognitiva dos estressores e melhor regulação emocional. Além disso, dimensões específicas da espiritualidade, como paz interior e propósito de vida, têm sido associadas à preservação da função endotelial.

Uma revisão sistemática de 12 estudos demonstrou que níveis mais elevados de religiosidade e espiritualidade estiveram associados a respostas cardiovasculares mais atenuadas frente ao estresse agudo, especialmente quando avaliadas dimensões intrínsecas da

espiritualidade relacionadas ao significado e propósito de vida. Em contraste, estudos que investigaram conflitos religiosos ou espirituais observaram maior reatividade cardiovascular, sugerindo que experiências espirituais negativas podem representar um fator de risco para a saúde cardiovascular (DEMPSEY *et al.*, 2025).

A modulação autonômica parece constituir um dos principais mecanismos envolvidos nessa associação. Em estudo com 229 adultos de meia-idade e idosos, a espiritualidade, avaliada pela percepção de proximidade e relacionamento satisfatório com Deus, associou-se a maior regulação autonômica cardíaca total (*Cardiac Autonomic Regulation – CAR*), caracterizada por aumento simultâneo do controle parassimpático e simpático. Embora não tenha havido alteração do balanço autonômico cardíaco, tanto a espiritualidade quanto maiores níveis de CAR associaram-se inversamente à ocorrência prévia de infarto do miocárdio (BERNTSON *et al.*, 2008). Além dos efeitos autonômicos, a espiritualidade pode favorecer formas mais adaptativas de enfrentamento do estresse: em estudo experimental com 80 participantes submetidos a um estressor laboratorial, indivíduos com maiores níveis de espiritualidade apresentaram menor frequência respiratória e melhor resposta emocional em comparação aos participantes menos espiritualizados (LABBÉ; FOBES, 2010).

Evidências clínicas no pós-síndrome coronariana aguda

A recuperação após uma Síndrome Coronariana Aguda (SCA) envolve não apenas a estabilização clínica do paciente, mas também aspectos emocionais, comportamentais e psicossociais que podem influenciar sua evolução. Nesse contexto, a espiritualidade e a religiosidade têm sido investigadas como potenciais recursos de enfrentamento, capazes de contribuir para o bem-estar psicológico, a adesão ao tratamento e a recuperação cardiovascular.

E/R na terapia intensiva: *coping* espiritual e ansiedade de morte

No ambiente de terapia intensiva, inclusive em pacientes com condições cardiovasculares, ansiedade e medo relacionados à morte podem ser intensificados por fatores estressores, como monitorização contínua, suporte à vida, dispositivos invasivos, restrição física, isolamento familiar e perda da orientação temporal. Em uma amostra de idosos internados em UTI, não específica de pacientes pós-IAM, maior tempo de internação também se associou a maior ansiedade de morte.

Em estudo transversal com 185 idosos internados em UTI, observou-se forte correlação negativa entre atitude religiosa e ansiedade de morte ($r = -0,850$; $p < 0,001$) e correlação positiva entre atitude religiosa e aceitação da morte ($r = 0,720$; $p < 0,001$). Esses resultados indicam associação, e não causalidade, e não podem ser extrapolados diretamente para pacientes cardíacos ou para todas as culturas (MENEKLI; DOGAN, 2021).

Intervenções de suporte psicoespiritual organizadas por equipes de enfermagem sugerem benefício na redução da ansiedade em momentos de vulnerabilidade de pacientes com doenças cardiovasculares, como nos períodos pré-operatórios de revascularização miocárdica, durante a internação e após procedimentos. Contudo, a revisão disponível descreve estudos heterogêneos e não permite afirmar eficácia uniforme sobre o medo específico da morte (MOUSAVIZADEH; JANDAGHIAN-BIDGOLI, 2024).

Intervenções estruturadas que associam componentes espirituais à psicologia positiva e a abordagens cognitivo-comportamentais também foram relacionadas a menor estresse e sofrimento emocional em pacientes cardiovasculares. Práticas voltadas a otimismo, perdão, auto-compaixão e gratidão podem favorecer esperança e adaptação durante a reabilitação. Ainda assim, a heterogeneidade dos estudos e das

populações recomenda cautela ao extrapolar esses achados especificamente para o pós-IAM e para desfechos como adesão terapêutica ou sobrevivência (MOUSAVIZADEH; JANDAGHIAN-BIDGOLI, 2024).

Espiritualidade e reabilitação cardiovascular

A espiritualidade e a religiosidade podem ter função relevante na recuperação após uma síndrome coronariana aguda. Em uma coorte de sobreviventes de SCA, aproximadamente 85% dos participantes relataram obter força ou conforto da religião. A obtenção de força e conforto e o conhecimento de orações intercessórias associaram-se a maior ativação do paciente, enquanto a oração de petição pela própria saúde se associou a menor ativação; esses achados podem refletir diferenças na forma de enfrentamento e não autorizam interpretação causal (ABU *et al.*, 2019; ABU *et al.*, 2020).

Quando o foco se desloca para a reabilitação cardiovascular, os dados clínicos indicam que a espiritualidade não atua necessariamente como modificador biológico direto da capacidade física. Em estudo longitudinal de 12 semanas, os ganhos funcionais decorreram sobretudo da regularidade dos exercícios e de adaptações hemodinâmicas; as dimensões de religiosidade avaliadas pelo Índice de Religiosidade de Duke não se associaram diretamente ao ganho funcional, embora aspectos da espiritualidade tenham apresentado relação com a qualidade de vida (VON FLACH *et al.*, 2023).

Embora esses achados não demonstrem impacto biológico direto no esforço físico, a reabilitação contemporânea é multidisciplinar e vai além do exercício. Nesse modelo, a espiritualidade pode atuar como estratégia de enfrentamento do estresse e associar-se a melhor aceitação da doença. A aplicação prática desses possíveis benefícios, no entanto, ainda é limitada por fragilidades metodológicas na literatura, que inclui estudos de centros únicos, amostras

pequenas, curto seguimento e perfis demográficos restritos (SILVA, 2023).

Desfechos clínicos duros e sobrevida

A influência da espiritualidade sobre desfechos clínicos como mortalidade, reinternações hospitalares e eventos cardiovasculares maiores tem despertado crescente interesse na literatura científica. Embora diversos estudos tenham demonstrado associações com aspectos psicológicos e comportamentais relacionados à saúde cardiovascular, a relação direta entre religiosidade e redução da mortalidade permanece controversa (BUJA *et al.*, 2026).

Entre os estudos específicos em pacientes com SCA, destaca-se a coorte prospectiva conduzida por Abu *et al.* (2019), que avaliou a relação entre práticas religiosas e mortalidade por todas as causas em sobreviventes de SCA durante dois anos após a alta hospitalar, investigando três dimensões da religiosidade: obtenção de força e conforto por meio da religião, realização de orações pela própria saúde e conhecimento de orações intercessórias realizadas por terceiros. Após ajustes para fatores clínicos, sociodemográficos e psicossociais, não foi observada associação independente entre essas práticas religiosas e redução da mortalidade em dois anos.

Contudo, o mesmo grupo de pesquisa demonstrou que a religiosidade esteve associada a maior ativação do paciente, definida como o grau de conhecimento, habilidade e confiança para participar ativamente do próprio cuidado em saúde. Os pacientes que relataram obter força e conforto da religião ou que recebiam orações intercessórias apresentaram maior engajamento no autocuidado e na adesão ao tratamento, sugerindo que a espiritualidade pode influenciar o prognóstico cardiovascular por mecanismos indiretos relacionados ao comportamento de saúde (ABU *et al.*, 2020).

Esses achados sugerem que eventuais benefícios da espiritualidade sobre a sobrevida

podem decorrer de fatores psicossociais associados ao envolvimento religioso, como redes de apoio social, comportamentos de saúde, manejo do estresse e adesão às recomendações terapêuticas. Até o momento, não há demonstração consistente de que a espiritualidade, isoladamente, reduza mortalidade ou reinternações após a SCA, sendo necessários estudos prospectivos adicionais (CHIDA; STEPTOE; POWELL, 2009; ABU *et al.*, 2019; ABU *et al.*, 2020; BUJA *et al.*, 2026).

Coping espiritual, adesão terapêutica e mudança de estilo de vida

O *coping* religioso-espiritual (CRE) tem sido investigado como recurso psicossocial no enfrentamento do adoecimento. O conceito se refere ao emprego de convicções ou práticas de fé para lidar com o estresse emocional e ressignificar o sofrimento. Em estudo fenomenológico com pessoas que vivenciaram o câncer, o CRE foi descrito como fonte de sentido, esperança e transcendência (ARAÚJO *et al.*, 2022). Como essa investigação não avaliou pacientes cardíacos nem adesão medicamentosa, sua aplicação ao pós-SCA deve ser compreendida como apoio conceitual, e não como evidência direta de efeito sobre adesão terapêutica.

Frente à recuperação pós-SCA, esses aspectos tornam-se especialmente relevantes, uma vez que o evento cardíaco frequentemente desencadeia sentimentos de medo, vulnerabilidade e incerteza em relação ao futuro. O período de reabilitação após um evento coronário agudo é frequentemente acompanhado por uma crise existencial que evoca a necessidade de encontrar esperança e significado para o sofrimento (AMARAL *et al.*, 2024). Junto ao impacto físico, a SCA exige do paciente uma série de adaptações comportamentais voltadas à prevenção de novos eventos cardiovasculares, tornando a adesão terapêutica um componente fundamental do processo de recuperação. A espiritualidade é atualmente compreendida como uma dimensão

dinâmica e intrínseca da natureza humana, essencial para a busca de sentido e transcendência perante o adoecimento, e sua integração ao cuidado clínico promove uma abordagem holística, permitindo que o profissional de saúde visualize o paciente além da enfermidade isolada (AMARAL *et al.*, 2024). O suporte oferecido pelas comunidades de fé estabelece uma "integração social estratégica" que funciona como fator de proteção contra o abuso de substâncias nocivas, ao mesmo tempo em que fortalece os vínculos interpessoais e favorece a longevidade e o bem-estar psicossocial (FONSECA *et al.*, 2025; AMARAL *et al.*, 2024).

Coping religioso-espiritual positivo versus negativo

A influência da espiritualidade sobre o processo de adoecimento não ocorre de maneira constante, uma vez que a forma como o indivíduo percebe sua relação com o sagrado pode produzir efeitos distintos sobre sua saúde física e mental. O *coping* religioso-espiritual positivo (CRE-P) define-se como o conjunto de estratégias de enfrentamento em que o indivíduo utiliza sua fé diante do estresse e da enfermidade, baseando-se em um relacionamento seguro com uma força transcendente e em uma visão de mundo entendida como benevolente, na qual a doença pode ser ressignificada como oportunidade de aprendizado e amadurecimento (SANTANA; FREITAS; PEIXOTO, 2025; DUQUE *et al.*, 2025). Tais atitudes podem favorecer esperança, segurança e confiança diante das limitações impostas pela doença cardíaca.

Por outro lado, o *coping* religioso-espiritual negativo (CRE-N) compreende estratégias em que a espiritualidade é vivenciada de maneira prejudicial e se manifesta por meio de lutas interiores e tensões com a percepção do divino, por exemplo, quando o indivíduo interpreta a enfermidade como punição (DUQUE *et al.*, 2025). Sentimentos de abandono, culpa ou raiva de

Deus podem ampliar o sofrimento psicológico. Durante a reabilitação, essa diferenciação é relevante, pois o CRE-P pode favorecer mudança comportamental, enquanto o CRE-N pode associar-se a menor engajamento no processo terapêutico (DUQUE *et al.*, 2025).

Impacto na modificação de fatores de risco

A modificação dos fatores de risco cardiovasculares constitui uma das principais estratégias para a prevenção de novos eventos após uma SCA, e a espiritualidade e a religiosidade têm sido apontadas como recursos psicossociais que podem favorecer a manutenção de mudanças comportamentais. Amaral, Brito e Brandão (2024) discutem seu possível papel como suporte para a saúde física e mental. Fonseca *et al.* (2025) acrescentam que comunidades de fé podem oferecer integração social, informações preventivas e apoio à manutenção de hábitos saudáveis. Essas relações são predominantemente observacionais e não demonstram, isoladamente, redução causal de eventos ou mortalidade.

Indivíduos com maior envolvimento religioso podem apresentar menor prevalência de comportamentos prejudiciais à saúde, como tabagismo e consumo abusivo de álcool, além de maior propensão à atividade física. A revisão de Fonseca *et al.* (2025), a partir de estudos incluídos, relata associações entre frequência semanal a serviços religiosos e reduções relativas de 29% no tabagismo atual e de 34% no consumo excessivo de álcool. Esses números são provenientes de evidências secundárias e não devem ser interpretados como efeito causal da fé. Comunidades religiosas também podem funcionar como redes de apoio social para disseminar informações preventivas e estimular hábitos saudáveis, incluindo atividade física e alimentação cardioprotetora (DUQUE *et al.*, 2025; SANTOS *et al.*, 2024).

Adesão à terapia farmacológica otimizada

A adesão ao tratamento medicamentoso é essencial na prevenção secundária cardiovascular. Em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca, maior espiritualidade associou-se a melhor adesão ao tratamento (ALVAREZ *et al.*, 2016). Como o estudo não avaliou especificamente pacientes pós-SCA nem componentes particulares do esquema farmacológico, como dupla antiagregação plaquetária, estatinas e betabloqueadores, a extrapolação para esses tratamentos deve ser cautelosa.

Em doenças cardiovasculares crônicas, espiritualidade, propósito de vida e apoio social podem contribuir para o enfrentamento e a manutenção do cuidado, mas a direção e a magnitude dessas associações variam conforme a população e o instrumento utilizado (ALVAREZ *et al.*, 2016; FONSECA *et al.*, 2025). A integração social derivada do envolvimento em comunidades religiosas pode apoiar comportamentos saudáveis e a continuidade do tratamento, sem substituir a orientação clínica ou comprovar, por si só, melhores desfechos cardiovasculares (SANTOS *et al.*, 2024).

Diretrizes práticas: abordagem da espiritualidade na rotina cardiológica

A incorporação da espiritualidade na rotina cardiológica deve ser realizada de forma ética e centrada no paciente, especialmente no contexto de recuperação após síndrome coronariana aguda. O período após o evento cardíaco agudo é frequentemente marcado por medo de recorrência, insegurança quanto ao futuro, mudanças no estilo de vida, dependência familiar temporária e necessidade de adesão rigorosa ao tratamento e às medidas de prevenção secundária. Nesse cenário, compreender as fontes de sentido, esperança, suporte e enfrentamento do paciente pode auxiliar a equipe cardiológica a oferecer cuidado integral.

Anamnese espiritual na prática clínica

No cenário contemporâneo, a anamnese espiritual consolida-se como ferramenta capaz de ampliar a compreensão sobre o paciente e identificar suas formas de enfrentamento perante o quadro clínico. No contexto da SCA, essa abordagem deve ser realizada preferencialmente após a estabilização clínica e o manejo agudo da condição, em ambiente reservado e calmo, podendo ser incorporada durante a internação hospitalar, no planejamento da alta ou nas consultas de retorno, sempre respeitando a disposição do paciente em abordar o tema.

Para uma abordagem breve e estruturada, podem ser utilizados instrumentos descritos na literatura, como os protocolos FICA e HOPE. O protocolo FICA organiza a anamnese espiritual em quatro dimensões: fé, crenças ou valores pessoais; importância e influência da espiritualidade; presença de comunidade ou rede de apoio; e forma como o paciente gostaria que essas informações fossem consideradas no cuidado (PUCHALSKI; ROMER, 2000). O protocolo HOPE avalia fontes de esperança, fé, conforto e significado; religião organizada; práticas pessoais; e possíveis efeitos das crenças ou valores nas decisões médicas e na adesão ao tratamento (ANANDARAJAH; HIGHT, 2001). Esses instrumentos permitem abordagem breve, centrada na pessoa e não impositiva.

Barreiras psicológicas e institucionais

Apesar de a espiritualidade ser reconhecida como um dos pilares do cuidado integral e centrado na pessoa, sua abordagem na prática médica ainda enfrenta barreiras psicológicas, acadêmicas e institucionais. Uma das principais dificuldades se baseia na confusão entre espiritualidade e religiosidade, o que pode gerar resistência entre profissionais que associam o tema à imposição de crenças ou à ausência de embasamento científico. Entre as barreiras institucionais, destacam-se a limitação de tempo na rotina assistencial, a ausência de treinamento especí-

fico e a insegurança dos profissionais de saúde quanto à melhor forma de introduzir o assunto, bem como o receio de ultrapassar limites éticos.

Nesse cenário, torna-se fundamental estabelecer claramente o papel da equipe assistencial: cabe ao médico e à equipe multiprofissional reconhecer a espiritualidade como possível recurso de enfrentamento e acolher demandas relacionadas ao sofrimento espiritual. Entretanto, não cabe ao profissional impor crenças, prometer cura, substituir terapias médicas por práticas espirituais ou assumir papel de aconselhamento religioso. A superação dessas barreiras depende da capacitação dos profissionais, do uso de instrumentos estruturados e da construção de fluxos assistenciais que permitam abordar a espiritualidade de maneira ética, breve, respeitosa e integrada à equipe multiprofissional.

Integração com a equipe multidisciplinar

A abordagem da espiritualidade no contexto pós-SCA não deve ser compreendida como responsabilidade exclusiva do cardiologista, mas como parte de um cuidado multiprofissional e centrado no bem-estar do paciente. O cardiologista pode identificar, por meio dos instrumentos previamente citados, a relevância da espiritualidade no enfrentamento da doença, reconhecer crenças que possam influenciar a adesão terapêutica ou a tomada de decisão clínica, e encaminhar demandas específicas quando necessário. No entanto, a continuidade do cuidado espiritual depende da integração com os demais profissionais da equipe multidisciplinar.

A enfermagem ocupa papel estratégico por seu contato contínuo com o paciente, podendo identificar manifestações de medo, angústia, desesperança, isolamento ou necessidade de apoio familiar e espiritual. A psicologia hospitalar contribui para a avaliação do sofrimento emocional associado ao evento coronariano, como manifestação de ansiedade, sintomas depressivos, medo de recorrência e dificuldades de adaptação às mudanças de estilo de vida impostas após o

evento. Quando houver desejo expresso do paciente, a equipe também pode acionar capelania hospitalar ou liderança espiritual de sua escolha, preservando sempre sua autonomia, privacidade e liberdade de crença. Assim, a espiritualidade passa a ser abordada de maneira ética, integrada e proporcional às necessidades individuais do paciente.

CONCLUSÃO

Mais do que uma soma de evidências pontuais, o percurso traçado neste capítulo converge para dois eixos de sentido que atravessam a discussão sobre espiritualidade, religiosidade (E/R) e síndrome coronariana aguda (SCA). O primeiro diz respeito à natureza predominantemente indireta da influência da E/R sobre o prognóstico cardiovascular. Nos cenários analisados — capacidade física na reabilitação, mortalidade em dois anos e reinternações — a espiritualidade não se mostrou modificador biológico ou prognóstico direto e isolado (ABU *et al.*, 2018; ABU *et al.*, 2019; ABU *et al.*, 2020; SILVA, 2023; BUJA *et al.*, 2026). Seu possível efeito parece mediado por mecanismos comportamentais e psicossociais, como ativação do paciente no autocuidado, adesão terapêutica, manutenção de hábitos protetores e fortalecimento de redes de suporte social (DUQUE *et al.*, 2025; FONSECA *et al.*, 2025; AMARAL; BRITO; BRANDÃO, 2024). Esse padrão se repete tanto na fase aguda, em que atitudes religiosas se associaram à ansiedade de morte em uma amostra não cardíaca de UTI (MENEKLI; DOGAN, 2021), quanto na reabilitação tardia, em que os ganhos funcionais dependeram sobretudo da regularidade do exercício.

O segundo eixo é a ambivalência do construto: a mesma dimensão espiritual pode operar como recurso de proteção ou como fonte de sofrimento, a depender de como é vivenciada pelo paciente. A distinção entre *coping* religioso-espiritual positivo e negativo (DUQUE *et al.*,

2025) e entre fé como fonte de força e oração de petição associada a menor ativação do paciente (ABU *et al.*, 2020) mostra que não existe um efeito uniforme da espiritualidade, mas uma variável clínica que precisa ser individualmente investigada. Essa ambivalência justifica a anamnese espiritual estruturada, com os protocolos FICA e HOPE, para reconhecer quando a fé funciona como recurso de enfrentamento e quando demanda acolhimento por sofrimento espiritual, sempre dentro dos limites éticos e em articulação com a equipe multiprofissional. Em conjunto, esses dois eixos sugerem que o valor clínico da E/R no pós-SCA está menos em quanto o paciente crê e mais em como essa crença se traduz em comportamento e significado diante da doença.

Apesar do volume crescente de publicações, a literatura disponível apresenta fragilidades metodológicas que limitam a força das conclusões. Predominam estudos observacionais, transversais ou de coorte, incapazes de estabelecer causalidade entre E/R e desfechos cardiovasculares. Há heterogeneidade na forma como espiritualidade e religiosidade são operacionalizadas e mensuradas, com escalas distintas, o que dificulta comparações e sínteses. Muitas investigações derivam de centros únicos, com amostras pequenas, curto seguimento e perfis culturais restritos, comprometendo a generalização dos achados (SILVA, 2023; BUJA *et al.*, 2026). Aspectos como suporte social, status socioeconômico, gravidade clínica e comorbidades psiquiátricas também se sobrepõem à E/R e dificultam o isolamento de seu efeito independente. Por fim, há escassez de estudos longitudinais especificamente com sobreviventes de SCA, sendo parte das evidências extrapolada de outras doenças cardiovasculares ou de populações não cardíacas.

Diante dessas limitações, torna-se evidente que o avanço do conhecimento nessa área depende da realização de ensaios clínicos randomizados e controlados, capazes de testar prospectivamente o efeito de intervenções espirituais estruturadas — como protocolos de cuidado espiritual integrados à reabilitação cardíaca, abordagens combinadas de espiritualidade com terapia cognitivo-comportamental ou terapia de aceitação e compromisso, e programas de capelania hospitalar — sobre desfechos clinicamente relevantes, incluindo mortalidade, taxas de reinternação, eventos cardiovasculares maiores e adesão terapêutica de longo prazo. Para que tais estudos produzam evidências robustas, é desejável que incorporem amostras multicêntricas e culturalmente diversas, instrumentos padronizados e validados de avaliação espiritual, desfechos primários objetivos e clinicamente significativos, e tempo de seguimento suficiente para captar eventos cardiovasculares tardios. Da mesma forma, investigações futuras poderiam explorar de maneira mais aprofundada os mecanismos biológicos subjacentes, por meio de marcadores inflamatórios, variabilidade da frequência cardíaca e parâmetros neuroendócrinos, de modo a esclarecer se as associações observadas refletem efeitos psiconeuroimunológicos diretos ou se decorrem predominantemente de mediadores comportamentais e sociais. Abre-se, assim, um campo fértil de investigação na interface entre cardiologia, psicologia da saúde e espiritualidade, com potencial para fundamentar diretrizes mais consistentes sobre o papel do cuidado espiritual na prevenção secundária cardiovascular, condição necessária para que essa abordagem deixe de ser compreendida apenas como recurso subjetivo de enfrentamento e passe a ocupar, com respaldo científico sólido, espaço legítimo dentro das estratégias multidisciplinares de cuidado ao paciente cardiopata.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABU H. O. *et al.* Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*, v. 27, n. 11, p. 2777–2797, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4>.
- ABU H. O. *et al.* Religious practices and long-term survival after hospital discharge for an acute coronary syndrome. *PLOS ONE*, v. 14, n. 10, e0223442, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223442>.
- ABU H. O. *et al.* Religiosity and patient activation among hospital survivors of an acute coronary syndrome. *Journal of General Internal Medicine*, v. 35, n. 3, p. 762–769, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05345-4>.
- ALVAREZ J. S. *et al.* Associação entre espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 106, n. 6, p. 491–501, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20160076>.
- AMARAL R. C.; BRITO E. N. D.; BRANDÃO U. R. Relevância da religiosidade e da espiritualidade na medicina. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 2, e3313244448, 2024. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i2.44448>.
- AMIHAI I.; KOZHEVNIKOV M. The influence of Buddhist meditation traditions on the autonomic system and attention. *BioMed Research International*, v. 2015, 731579, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1155/2015/731579>.
- ANANDARAJAH G.; HIGHT E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician*, v. 63, n. 1, p. 81–89, 2001. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0101/p81.html>. Acesso em: 19 jul. 2026.
- ARAÚJO L. S. *et al.* Religiosidade, espiritualidade e a vivência do câncer: um estudo fenomenológico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 30, e3203, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO244832031>.
- BERNTSON G. G. *et al.* Spirituality and autonomic cardiac control. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 35, n. 2, p. 198–208, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9027-x>.
- BLASE K. L.; VAN WANING A. Heart rate variability, cortisol and attention focus during Shamatha quiescence meditation. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, v. 44, n. 4, p. 331–342, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10484-019-09448-w>.
- BUJA A. *et al.* Association of religiosity and spirituality with survival among older adults: a systematic review. *Journal of Public Health*, v. 34, p. 585–596, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02303-1>.
- CHIDA Y.; STEPTOE A.; POWELL L. H. Religiosity/spirituality and mortality: a systematic quantitative review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, v. 78, n. 2, p. 81–90, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1159/000190791>.
- DEMPSEY A. *et al.* Religiosity, spirituality, and cardiovascular reactivity to acute psychological stress: a systematic review. *International Journal of Psychophysiology*, v. 213, 112596, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2025.112596>.
- DUAN D. *et al.* The relationship between cardiac oxidative stress, inflammatory cytokine response, cardiac pump function, and prognosis post-myocardial infarction. *Scientific Reports*, v. 14, 8985, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-59344-5>.
- DUQUE R. A. S. *et al.* (ed.). *Princípios da religiosidade e espiritualidade na medicina: enfoque na prática cardiovascular*. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG, 2025. DOI: <https://doi.org/10.70271/250620.1751>.
- FONSECA P. E. O. *et al.* Espiritualidade/religiosidade relacionada à redução de desfechos cardiovasculares e mortalidade por doenças cardíacas: uma revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, v. 11, n. 2, p. 1–15, 2025. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2025v11n2ID39915>.
- GARDI C. *et al.* A short mindfulness retreat can improve biological markers of stress and inflammation. *Psychoneuroendocrinology*, v. 135, 105579, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105579>.
- LABBÉ E. E.; FOBES A. Evaluating the interplay between spirituality, personality and stress. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, v. 35, n. 2, p. 141–146, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10484-009-9119-9>.
- MENEKLI T.; DOĞAN R. The effect of the religious attitudes on the death attitudes and death anxiety in elderly intensive care patients: a cross-sectional study. *Health & Research Journal*, v. 7, n. 4, p. 194–205, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12681/healthresj.28190>.

- MOUSAVIZADEH S. N.; 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 Cardiovascular Disorders*, v. 24, 403, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12872-024-04076-7>.
- PHILIP S. T. *et al.* Heartfulness meditation alters neuroendocrine profiles: a randomized controlled trial on hormones of stress and well-being. *Medicine*, v. 104, n. 47, e45559, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000045559>.
- PUCHALSKI C.; ROMER A. L. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, v. 3, n. 1, p. 129–137, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.129>.
- RIM J. I. *et al.* Current understanding of religion, spirituality, and their neurobiological correlates. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 27, n. 5, p. 303–316, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000232>.
- SANTANA G. F.; FREITAS O. G. A.; PEIXOTO J. M. Escalas e instrumentos para avaliar a religiosidade e espiritualidade. In: DUQUE R. A. S. *et al.* (ed.). *Princípios da religiosidade e espiritualidade na medicina: enfoque na prática cardiovascular*. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia/MG, 2025. cap. 2.3, p. 34–45. DOI: <https://doi.org/10.70271/250620.175107>.
- SANTOS J. S. P. *et al.* Espiritualidade e medicina: uma revisão de literatura. *Revista Master – Ensino, Pesquisa e Extensão*, v. 9, n. 18, 2024. DOI: <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v9i18.469>.
- SILVA C. G. S. Existe um papel para religião e espiritualidade na reabilitação cardíaca? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 120, n. 3, e20230088, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20230088>.
- VON FLACH M. R. T. *et al.* Espiritualidade, ganho funcional e qualidade de vida em reabilitação cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 120, n. 3, e20220452, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20220452>.
- ZHAO W.; ZHAO J.; RONG J. Pharmacological modulation of cardiac remodeling after myocardial infarction. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, v. 2020, 8815349, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/8815349>