



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

VIRNA ANFRIZIO SOUZA

**O IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NA QUALIDADE
DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR: REVISÃO
SISTEMÁTICA.**

LAGARTO -
SE 2024

VIRNA ANFRIZIO SOUZA

**O IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NA QUALIDADE
DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR: REVISÃO
SISTEMÁTICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Medicina
do campus Professor Antônio Garcia
Filho da Universidade Federal de Sergipe
como requisito para obtenção do título de
médico.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Andrade
Tavares.

**LAGARTO -
SE 2024**

VIRNA ANFRIZIO SOUZA

**O IMPACTO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NA QUALIDADE
DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA CARDIOVASCULAR: REVISÃO
SISTEMÁTICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Medicina
do campus Professor Antônio Garcia
Filho da Universidade Federal de Sergipe
como requisito para obtenção do título de
médico.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Andrade
Tavares.

APRESENTADO EM 22/03/2024

BANCA EXAMINADORA:

Professora Dra. Cátia Maria Justo

Professor Dr. Gilberto Andrade Tavares

Professor Me. Matheus Todt Aragão

PARECER FINAL: (x) APROVADO () REPROVADO

CONSIDERAÇÕES: _____

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha gratidão a Deus, cuja força foi fundamental em cada passo desta jornada.

Aos meus pais, Niva e Cláudia, agradeço de coração. O amor incondicional de vocês, o apoio e o sacrifício ao longo dos anos foram a âncora que me sustentou nos momentos de desafio e incerteza. Sem vocês, este momento de conclusão não seria possível.

Ao meu irmão, Vítor, cujo apoio e parceria foram constantes, mesmo nos momentos mais difíceis. Sua presença e incentivo foram verdadeiros presentes que valorizarei para sempre.

Ao meu grupo de internato - Edelson, Iara, Wictor Hugo e Moraes - compartilho minha sincera apreciação. Nossa convivência e trabalho em equipe foram fundamentais para superar obstáculos e alcançar nossos objetivos. Sou grata por cada momento compartilhado e pelo apoio mútuo que nos fortaleceu, em especial a Edelson, minha dupla desde antes do internato.

Agradeço também a Marcos. Sua presença amorosa, compreensão e seu apoio constante foram uma fonte de conforto e força durante toda essa jornada. Obrigada por me encorajar com carinho.

Aos amigos da faculdade, que tornaram essa jornada acadêmica não apenas educativa, mas também memorável. Todo apoio, companheirismo e todos momentos de diversão contribuíram significativamente para minha experiência universitária. Às minhas amigas e aos meus amigos da vida, obrigada por compreenderem a minha ausência em certos momentos e por me apoiarem durante todo curso.

Ao meu orientador, Gilberto, expresso minha sincera gratidão. Sua paciência e compromisso foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso.

Por fim, à minha psicóloga, Patrícia Pinatti, cujo apoio e orientação foram cruciais para meu bem-estar emocional ao longo desta jornada. Sua empatia e atenção foram essenciais para superar desafios pessoais e acadêmicos.

RESUMO

Introdução: As afecções cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade no mundo, com alta prevalência e grande impacto nos sistemas nacionais de saúde. Essas afecções são de etiologia multifatorial e sofrem a influência de diversos fatores, afetando a qualidade de vida dos seus portadores. Nesse cenário, estudos primários têm apontado que a espiritualidade e a religião/religiosidade influenciam de forma positiva na evolução e no desfecho dessas doenças cardiovasculares. **Objetivo:** Investigar, por meio de um estudo com dados secundários, a associação entre a prática da espiritualidade e/ou da religiosidade (E/R) na qualidade de vida (QV) de adultos com doença cardiovascular (DCV). **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura científica, utilizando a estratégia PICO e as recomendações do protocolo PRISMA. As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SCOPUS, Lilacs, Medline, Cochrane, Google Scholar e Open Teses, utilizando uma estratégia de busca pré-especificada. **Resultados:** Foram encontradas evidências de associação positiva entre E/R e a QV de adultos com DCV. As associações variaram conforme os âmbitos avaliados por cada trabalho e de acordo com as escalas ou questionários escolhidos. Nove dos quatorze estudos identificados nesta revisão sistemática trouxeram uma associação positiva e com significância estatística ($p < 0,05$) entre R/E e QV. Outros quatro estudos encontraram associação positiva, mas sem significância estatística. Apenas um trabalho não encontrou relação entre as variáveis estudadas. **Conclusão:** Existe associação de graus variados e estatisticamente significativa entre a religiosidade/espiritualidade e efeitos positivos em diversos âmbitos de QV de adultos com doença cardiovascular. Não foi encontrada nenhuma associação negativa entre as duas variáveis.

Palavras-chave: Espiritualidade; Religiosidade; Doença Cardiovascular; Saúde Cardiovascular; Qualidade de vida; Cardiopatia; Insuficiência Cardíaca.

ABSTRACT

Introduction: Cardiovascular diseases are the main cause of morbidity and mortality in the world, with high prevalence and great impact on national health systems. These conditions have a multifactorial etiology and are influenced by several factors, affecting the quality of life of their sufferers. In this scenario, primary studies have shown that spirituality and religion/religiosity positively influence the evolution and outcome of these cardiovascular diseases. **Objective:** To investigate, through a study with secondary data, the association between the practice of spirituality and/or religiosity (S/R) on the quality of life (QOL) of adults with cardiovascular disease (CVD). **Methodology:** A systematic review of the scientific literature was carried out, using the PICO strategy and the recommendations of the PRISMA protocol. The searches were carried out in the PubMed, SCOPUS, Lilacs, Medline, Cochrane, Google Scholar and Open Teses databases, using a pre-specified search strategy. **Results:** Evidence of a positive association between S/R and QOL of adults with CVD was found. The associations varied according to the areas assessed by each work and according to the scales or questionnaires chosen. Nine of the fourteen studies identified in this systematic review showed a positive and statistically significant association ($p < 0.05$) between R/S and QoL. Another four studies found a positive association, but without statistical significance. Only one study found no relationship between the variables studied. **Conclusion:** There is a statistically significant association between religiosity/spirituality and positive effects on various areas of QoL in adults with cardiovascular disease. No negative association was found between the two variables.

Keywords: Spirituality; Religiosity; Cardiovascular disease; Cardiovascular Health; Quality of life; Heart disease; Cardiac insufficiency.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	8
	2.1 Objetivo geral	8
	2.2 Objetivos específicos	8
3	REFERENCIAL TEÓRICO	9
	3.1 Doenças Cardiovasculares	9
	3.2 Religião, Espiritualidade e religiosidade	10
	3.3 Qualidade de vida	11
4	MÉTODOS	13
	4.1 Tipo de estudo	13
	4.2 Critérios de inclusão e de exclusão	13
	4.3 Bases de dados, métodos de busca e análise dos dados	14
	4.4 Extração de dados e análise da qualidade da evidência	14
	4.5 Estratégia de busca específica	15
5	RESULTADOS	16
6	DISCUSSÃO	26
7	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

As afecções cardiovasculares - como Doença Arterial Coronariana (DAC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Doença Arterial Obstrutiva Crônica (DAOP) – formam um conjunto de grande incidência e prevalência em todo o mundo. Essas altas taxas influenciam diretamente na mortalidade. No mundo, aproximadamente 45% dos óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são causados por Doenças Cardiovasculares (DCV). No Brasil, o número de mortes por DCNT (72%) com causa Cardiovascular (CV) passa para 30%, sendo a maior causa de mortalidade no país (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Além da relação direta com a morbimortalidade, as DCV impactam na qualidade de vida dos afetados. De acordo com um estudo prospectivo realizado no Brasil, no pós Acidente Vascular Cerebral (AVC), a maioria dos participantes obtiveram resultados negativos acerca da autopercepção da qualidade de vida de acordo com o score do questionário *Stroke Specific Quality of Life Scale* (SSQOLS) aplicado na pesquisa (CARVALHO-PINTO *et al.*, 2016).

As afecções CV são de etiologia multifatorial e sofrem influência de diversos fatores de risco psicossocial como o baixo nível socioeconômico, isolamento social, trabalho e estresse e depressão (PRÉCOMA *et al.* 2019). Estudos já demonstraram que a espiritualidade e a religião/religiosidade possuem uma relação com certo impacto na saúde física (GUIMARAES e AVEZUM, 2007; MARCAÇA e RODRIGUES, 2021; MOLINA *et al.*, 2020; OKUMA *et al.* 2021) e no desenvolvimento de certas doenças e/ou reduzem fatores de risco para desenvolvimento de outras.

Nesse cenário, diversos estudos primários têm apontado o impacto da espiritualidade e da religiosidade (E/R) na qualidade de vida de adultos com doenças cardiovasculares (ARCOVERDE, 2014; CHIANG, 2015). Portanto, faz-se necessária uma síntese das evidências disponíveis acerca dessa possível associação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar o impacto da espiritualidade e/ou religiosidade na a qualidade de vida de indivíduos com doença cardiovascular.

2.2 Objetivos específicos

1. Produzir uma revisão sistemática das evidências disponíveis acerca da relação entre espiritualidade e/ou religiosidade e a qualidade de vida de adultos com doenças cardiovasculares.
2. Sumarizar os dados disponíveis de forma a mensurar a relação entre a variável preditora (práticas de espiritualidade/religiosidade) e a variável de desfecho (modificações na qualidade de vida de pessoas com doença cardiovascular).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doenças Cardiovasculares

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são um grupo relativamente grande de afecções do coração e dos vasos sanguíneos que incluem alguns subgrupos como Doença coronariana; Doença cérebro vascular; Doença Arterial Periférica; Doença cardíaca reumática; Cardiopatia congênita; Trombose venosa profunda (TVP) e Tromboembolismo Pulmonar (TEP) (WHO, 2021). De acordo com a Organização Mundial da Saúde 2021, as DCV são a maior causa de morte no mundo, representando mais de 30%. Dessas, mais de 80% foram em decorrência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Sabe-se, atualmente, que as DCVs têm uma etiologia multifatorial extensa. Dentre os fatores de risco temos os físicos, genéticos, sociais, psicológicos e ambientais. Os principais riscos comportamentais são o sedentarismo, a dieta inadequada, o uso do tabaco e a ingestão de álcool (OPAS, 2022). Além disso, algumas doenças primárias atuam como elemento predisponente para o adoecimento cardiovascular: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Dislipidemia (WHO, 2022).

O termo “fator de risco” apareceu pela primeira vez no Framingham Heart Study (FHS) em 1961, quando foi comprovado que os níveis de colesterol, pressão arterial e anormalidades no Eletrocardiograma (ECG) aumentam o risco de DCV. Essa pesquisa iniciou em 1948 e já acompanhou 3 gerações estudando e conhecendo como as afecções cardiovasculares se desenvolvem e o que influencia na morbimortalidade dos envolvidos (FHS, 2018). No ano de 1978, o FHS trouxe a confirmação de que fatores psicossociais afetam as DCVs (FSH, 2018).

Desde então, novas pesquisas são feitas visando entender de que forma fatores como renda, status socioeconômico, trabalho, espiritualidade e religiosidade impactam na saúde cardiovascular dos indivíduos. Além disso, a atividade laboral sob estresse e as más condições psicossociais do trabalho foram associadas ao aumento das razões de prevalência de fatores de risco cardiovasculares como HDL baixo, hipertensão diastólica em mulheres e síndrome metabólica em homens (SÖDERBERG *et al.*, 2022). Outras classificações de estressores são utilizadas para mensurar o grau de impacto na saúde CV: estressores agudos (desastres como terremotos, acidentes) e estressores crônicos (infelicidade conjugal, estresse laboral e carga de atividades diárias). Existem dados relação dos estressores com alterações fisiopatológicas no

sistema cardiovascular que incluem morte súbita, infarto do miocárdio, isquemia miocárdica e anormalidades do movimento da parede e alterações no funcionamento e na ativação do sistema nervoso simpático e da homeostasia (DIMSDALE, 2008).

3.2 Religião, Espiritualidade e religiosidade

Os conceitos que dão nome a esse subtópico, por vezes, são entendidos como sinônimos, apesar de serem diferentes na prática. A religião é mais bem delimitada e possui na sua etimologia, do latim “religar”, uma relação com uma organização complexa, um sistema de crenças, de práticas e de rituais que ajudam na conexão com o sagrado ou com a revelação de um Deus (GROVER *et al.*, 2021). A religiosidade tem no seu cerne uma relação de afirmação em relação à religião por possuir uma etimologia que a liga à reunião de preceitos éticos e das virtudes do caráter religioso (JENSEN, 2021). Além disso, compreende necessariamente a noção de fé (MELO *et al.*, 2015).

Abstraindo para além do que cerceia as práticas e doutrinas religiosas, chegamos no conceito de espiritualidade. Ela possui um significado amplo e multidimensional e, por vezes, transcendental. Possui uma relação com a conexão com o sagrado; com algo ou alguém além do nível humano – como o universo; ou consigo mesmo e possui também relevante poder na atribuição de significados à vida (ARRIEIRA *et al.*, 2018; GROVER *et al.*, 2021). Não tem relação com uma religião ou com uma crença específica e geralmente é considerada um recurso de esperança do indivíduo (MOREIRA *et al.*, 2020). A espiritualidade é algo individual que não corrobora com pensamentos de grupos sociais, mas com as ideias e os princípios internos. Como podemos ver, devemos aceitar que a espiritualidade acaba por ter diferentes significados (MCSHERRY e CASH, 2004). E, por isso, não faz sentido aplicá-los a todas as pessoas, já que cada uma possui uma ótica moral, ética e espiritual diferente (ELLER, 2017).

É importante ter em mente que a espiritualidade/religiosidade (E/R), apesar de não terem o mesmo significado, por vezes se complementam e são citadas de forma relacionada (MOREIRA *et al.*, 2020). Atualmente, no Brasil, estudos vêm ganhando espaço no que diz respeito aos efeitos ou ao impacto que a E/R pode ter na vida humana (ESPERANDIO e AUGUST, 2017). Desde o final dos anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) já associava a qualidade de vida à dimensão espiritual do ser humano (WHO, 1999). Nos dias atuais, a psiquiatria já reconhece a forte relevância que a E/R pode ter nas doenças psiquiátricas e até no suicídio (AGORASTOS *et al.*, 2014). O engajamento na E/R pode reduzir o sofrimento psicológico em cenários de adoecimento e ser um elemento interessante em afecções crônicas

(AMIR *et al.*, 2022). No âmbito das doenças que cursam com cronificação e redução da expectativa de vida, já existem diversas pesquisas que buscam entender a relação entre E/R e à qualidade de vida nos casos de cânceres, Doença Renal Crônica (DRC) e Doenças Cardiovasculares (DCV).

3.3 Qualidade de vida

Qualidade de vida (QV) é um conceito abrangente que está relacionado à sensação de bem-estar, tanto do indivíduo quanto de um grupo ou comunidade. O termo está ligado à existência do ser humano e todas as suas searas. A QV tem relação direta e indireta com a saúde (física, mental e espiritual), com as relações sociais estabelecidas e com o local no qual o indivíduo está inserido. Essa definição está ligada também aos relacionamentos interpessoais, à sensação de segurança e proteção, à assistência em saúde e à liberdade. Todos esses grandes campos da vida humana, juntos, constroem o conceito de QV (TEOLI e BHARDWAJ, 2022). Já de acordo com a Organização Mundial da Saúde 1998, ela é uma avaliação do sujeito sob a sua ótica sobre suas vivências e sob os filtros individuais de valores morais, éticos, culturais e religiosos.

Pensemos a QV pela Teoria dos conjuntos matemáticos: a QV é o maior conjunto (1). Ele contém o conjunto Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) que é multidimensional e abrange todas as questões relacionadas à saúde, doença, bem-estar em saúde, saúde emocional, expectativa de vida e assistência em saúde (CDC, 2021). Ainda dentro do conjunto 1, temos o conceito de padrão de vida, que está diretamente ligado à parte econômica e financeira do indivíduo ou do grupo. Essas diferenças nos conceitos podem gerar dificuldades na avaliação da QV propriamente dita. Para tanto, é necessário saber diferenciar eles e entender que a avaliação de um conceito tão amplo e multidimensional por meio de questionários ou simples perguntas ainda é um desafio.

Apesar de ainda ser desafiador mensurar a QV ou a QVRS, alguns métodos (diretos como aposta padrão e troca de tempo; ou indiretos como *Health Utility Index Mark 3*, *Short Form-6D*, *EQ-5D*) são utilizados em todo o mundo a fim de dimensionar e quantificar esses conceitos (TEOLI e BHARDWAJ, 2022).

A partir desses métodos, é possível chegar ao cálculo de outro conceito de importância mundial: Ano de vida ajustado pela qualidade (QALY). Alguns outros conceitos de saúde importantes são levados em consideração: a duração de vida (mortalidade) e o tempo que se passa em um estado de QVRS (morbidade) (PRIETO e SACRISTÁN, 2003). Transformando o conceito em números, um ano de saúde ideal corresponderia a um QALY.

Levando-se em consideração que o QALY seria uma medida numérica que advém da junção dos conceitos multidimensionais relacionados à qualidade de vida, ele é importante por possibilitar a comparação dos estados de saúde em diferentes afecções a partir de um denominador comum (FERGUSON *et al.*, 2013).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma revisão sistemática da literatura científica. Esta revisão foi registrada no Registro Prospectivo Internacional De Revisões Sistemáticas PROSPERO (número de identificação: CRD42023403858) e conduzida de acordo com as diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009).

Para a criação da pergunta de pesquisa, foi usada a base do acrônimo PICO (PAGE *et al.*, 2021), que traz os seguintes tópicos: População (P) que seriam os adultos com doença cardiovascular; Intervenção (I) que corresponderia à prática/vivência relacionada à religiosidade ou à espiritualidade; Controle (C) como adultos que não possuem relação ou vivência no campo da E/R; e por fim *Outcome* - desfecho - (O) o impacto na qualidade de vida.

Não foi necessária a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por se tratar de um estudo de dados secundário (CNS, 2022).

4.2 Critérios de inclusão e de exclusão

Foram incluídos: artigos originais publicados em periódicos revisados por pares, com texto completo disponível, sem restrição de idioma; que se encaixavam nos critérios PICO e respondiam à pergunta de pesquisa; estudos em humanos de ambos os sexos e com mais de 18 anos; estudos observacionais (coorte, transversal e caso-controle) que tratassem sobre o impacto da espiritualidade/religiosidade na qualidade de vida de pessoas com doenças cardiovasculares; e que tivessem relatado dados suficientes para avaliar a associação entre a espiritualidade/religião e índices de qualidade de vida em adultos com doenças cardiovasculares. Foram excluídos estudos pré-clínicos (em animais), relatos de caso, estudos de revisão, artigos disponíveis apenas na forma de resumo/*abstract*, estudos ecológicos e artigos com dados incompletos.

4.3 Bases de dados, métodos de busca e análise dos dados

Foram escolhidas as bases de dados PubMed, SCOPUS, Lilacs, Medline, Cochrane, Google Scholar e Open Teses, utilizando os termos: “Religion” OR “Religiousness” OR “Religiosity” OR “Religious Coping” OR “Spirituality” OR “Spiritual” AND “Quality of Life” OR “Health Related Quality of Life” OR “Well-being” OR “QOL” AND “Cardiovascular Diseases” OR “Cardiovascular health” OR “Acute Myocardial Infarction” OR “Acute Coronary Syndrome” OR “Congenital Heart Disease” OR “Heart Failure” OR “Cardiac Surgery”.

A primeira seleção dos artigos (com base apenas nos seus títulos e/ou no seu resumo) foi feita de forma cega, isto é, os dois pesquisadores não puderam tirar dúvidas e/ou tecer comentários entre si sobre os artigos durante o processo de busca, seleção e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Nos casos de divergência na seleção final dos artigos, uma terceira pessoa ficou responsável pela análise final. Após serem utilizadas as estratégias de busca pré-estabelecidas, os dois revisores aplicaram os critérios de inclusão e exclusão nos estudos selecionados. Em seguida, os mesmos dois revisores realizaram a análise da qualidade científica dos estudos. O processo de seleção dos artigos para o estudo foi tabulado e documentado no fluxograma PRISMA (PAGE, 2020). Todas as buscas foram realizadas no período de 14 de fevereiro a 29 de abril de 2023, e a coleta e tabulação aconteceu entre abril e julho do ano de 2023.

A partir daí, uma tabela no Excel foi criada e foram inseridos os dados dos estudos selecionados pelos dois revisores principais, de forma independente. Em seguida, o terceiro revisor verificou os tópicos extraídos e prosseguiu com a pesquisa. Por fim, a revisão cursou com a análise e extração dos dados e da escrita da monografia.

4.4 Extração de dados e análise da qualidade da evidência

Os seguintes dados foram extraídos de cada estudo: (1) desenho do estudo, (2) critérios de elegibilidade, (3) impacto na qualidade de vida, (4) diagnóstico cardiovascular dos participantes, (5) processo de coleta de dados, (6) resultados principais e (8) qualidade do desenho e análise do estudo.

Para avaliar a qualidade de cada estudo independentemente, foi utilizada a Escala de Newcastle-Ottawa (NOS) (STANG, 2010). A NOS foi projetada considerando três dimensões principais dos estudos observacionais: a seleção dos participantes, a comparabilidade entre grupos e o desfecho de interesse. Após o processo de avaliação com a aplicação da escala, é possível classificar a qualidade geral de cada estudo incluído como “Boa”, “Razoável” ou

“Ruim”, de acordo com o número de estrelas atribuídas. Considera-se o escore 0-3 estrelas como baixa qualidade metodológica, 4-6 estrelas como qualidade moderada e 7-9 estrelas como alta qualidade.

4.5 Estratégia de busca específica

PubMed: (((((((("Religion"[Mesh]) OR Religion) OR Religiousness) OR Religiosity OR "Religious Coping")) OR (((("Spirituality"[Mesh]) OR Spirituality) OR Spiritual)) AND (((("Quality of Life" [Mesh]) OR "Health Related Quality of Life" OR "Well-being") OR QOL) OR "Quality of Life"))) AND (((((((("Cardiovascular Diseases"[Mesh]) OR "Cardiovascular disease") OR "Acute Myocardial Infarction") OR Acute Coronary Syndrome) OR Congenital Heart Disease) OR "Rheumatic Heart Disease" OR "Heart Failure" OR "Cardiac Surgery"))

SCOPUS (Elsevier) Search: TITLE-ABS-KEY (religion OR religiousness OR religiosity OR "Religious Coping" OR spirituality OR spiritual) AND TITLE-ABS-KEY ("Quality of Life" OR "Health Related Quality of Life" OR QOL OR "Well-being") AND TITLE-ABS-KEY ("Cardiovascular Disease" OR "Acute Myocardial Infarction" OR "Acute Coronary Syndrome" OR "Congenital Heart Disease" OR "Rheumatic Heart Disease" OR "Heart Failure" OR "Cardiac Surgery")

Lilacs: (cardiovascular disease) AND (spirituality) AND (quality of life)

Medline: (cardiovascular disease) AND (spirituality) AND (quality of life)

Cochrane: (cardiovascular health) AND (spirituality) AND ("Quality of Life Index")

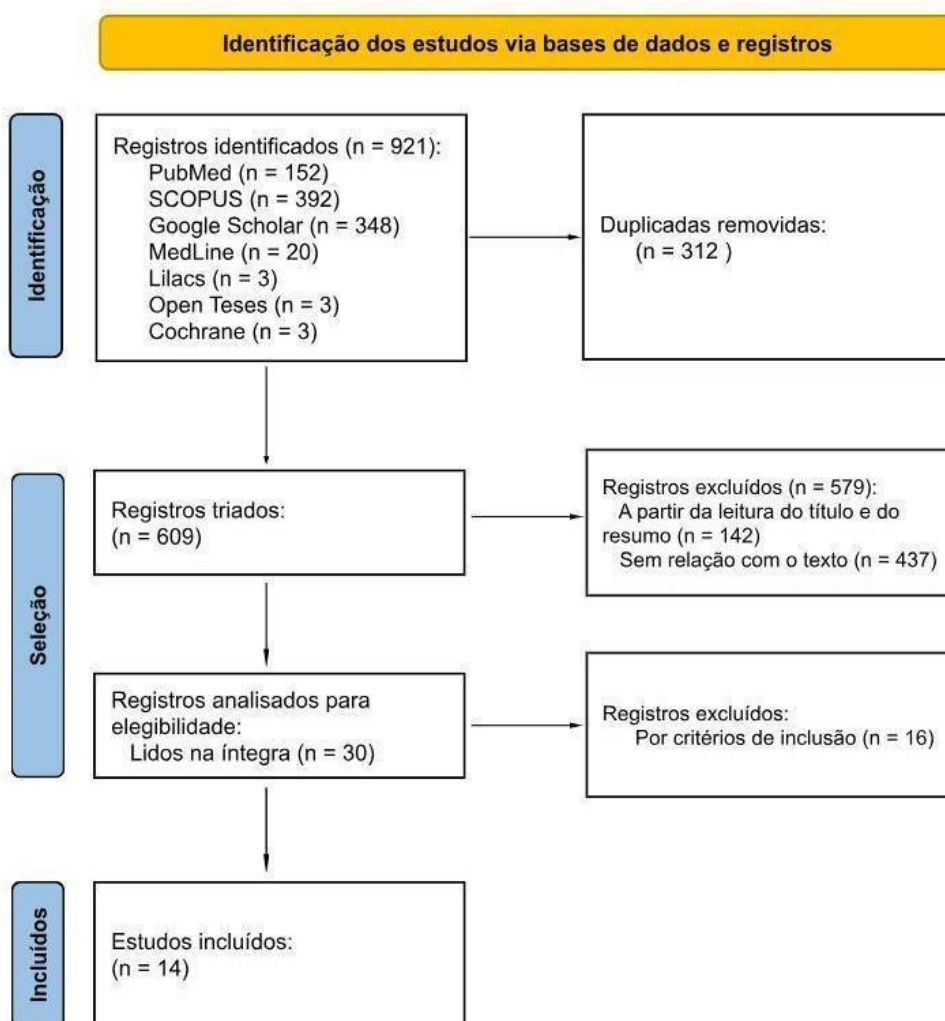
Google Scholar: saúde cardiovascular; pós iam; avc; doença cardiovascular; espiritualidade; impacto; qualidade de vida; adultos; -revisão -sistemática

Open Teses: abstract:(cardiovascular AND health) AND abstract:(spirituality) AND abstract:("quality of life") NOT ((systematic OR review))

5 RESULTADOS

Após aplicar a estratégia de busca em cada base de dados, foram identificados um total de 921 artigos (no PubMed 152, no SCOPUS 392, no Google Scholar 348, no MedLine 20, no Lilacs 3, no Open Teses 3 e na Cochrane 3). Foram identificadas e removidas 312 duplicatas. Dos 609 que restaram, foram excluídos a partir da leitura do título e do resumo 142 referências que não tinham relação com o tema e 437 que não respondiam à pergunta de pesquisa. Os outros 30 artigos foram lidos na íntegra, restando 14 trabalhos que preenchiam os critérios de inclusão desta revisão. A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos estudos.

Figura 1. Fluxograma PRISMA adaptado pelo autor.



Os estudos incluídos foram realizados nos seguintes países: Argentina, Austrália, Bélgica, Brasil, Canadá, Colômbia, França, Índia, Itália, Irã, Japão, Malta, Noruega, Suécia, Suíça, Taiwan, Holanda e Estados Unidos da América (EUA). A maioria dos estudos foi realizada nos EUA, com 7 referências (50%). Além disso, outro estudo também o incluiu, dentre os 15 países nos quais ocorreram a pesquisa. Em segundo lugar ficou o Irã, com 4 estudos no total (28,57%). A amostra analítica desses estudos teve um total de 6.093 participantes. As principais características dos estudos incluídos estão sumarizadas na Tabela 1.

Entre os 14 estudos selecionados, houve um número maior de estudos conduzidos como transversais, totalizando 4 (28,57%) (MOONS *et al.* 2019; ABOLGHASEM-GORJI *et al.* 2017; PARK *et al.* 2017; WHITE *et al.* 2016). Apenas dois trabalhos (14,28%) (VON FLACH *et al.* 2023; ABU *et al.* 2019) estavam descritos como estudos de coorte. Dois estudos estavam descritos apenas como “longitudinais” (14,28%) (CARNEY *et al.* 2019; TREVINO *et al.* 2014), dois foram conduzidos como Ensaios Clínicos Randomizados (14,28%) (MOVAHEDI *et al.* 2021; ABDI *et al.* 2019) e outros dois como “estudo piloto” (14,28%) (TADWALKAR *et al.* 2014; DELANEY *et al.* 2011). Houve um estudo descrito como “retrospectivo” (7,14%) (SILVA FERNÁNDEZ, C.S.; AGUDELO VÉLEZ, D.M. *et al.* 2011) e outro como “descritivo transversal” (7,14%) (TAGHAVI *et al.* 2020).

Em relação ao ano de publicação, metade das referências foi publicada nos últimos cinco anos. O maior número delas foi no ano de 2019 (28,57%). Apenas dois trabalhos foram publicados há mais de 10 anos (SILVA FERNÁNDEZ, C.S.; AGUDELO VÉLEZ, D.M. *et al.* 2011; DELANEY *et al.* 2011).

Tabela 1. Dados sumarizados dos estudos incluídos.

	DESENHO	LOCAL E POPULAÇÃO	PROCESSO DE COLETA	DEFINIÇÃO DE CASOS	RESULTADOS PRINCIPAIS
von Flach <i>et al.</i> (2023)	Coorte prospectiva	Pacientes que permaneceram no Programa de Reabilitação do Hospital Cardio-Pulmonar da Bahia - Brasil. Total de 57 indivíduos de ambos os sexos, maiores de 18 anos.	Questionário sobre qualidade de vida e R/E: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire [MLHFQ]), R/E versão brasileira do Índice de Religiosidade de Duke [P-DUREL]. Mínimo de 12 semanas ininterruptas e 36 sessões, entre setembro de 2018 e janeiro de 2020.	Diagnóstico de DCV que incluiu: infarto agudo do miocárdio prévio, angina instável ou estável, angioplastia coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca, pós-operatório de cirurgia cardíaca ou vascular, implante de dispositivos.	Não foi observada associação entre ganho funcional e Religiosidade Organizacional, Religiosidade Não Organizacional ou Religiosidade Intrínseca, como também não foi detectada associação entre qualidade de vida e nenhum dos três domínios da escala P-DUREL. Todas as correlações estatísticas com teste de Spearman não mostraram significância ($p > 0,05$).
Movahedi <i>et al.</i> (2021)	Ensaio clínico randomizado controlado	Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center, Teerã, Irã. Total de 84 pacientes divididos entre grupo controle e exposição. Amostra analítica de 74.	Aplicados questionários: Iranian Heart Failure Quality of Life (IHF-QoL) e The Spirituality Questionnaire (Parsian and Dunning, 2009). Realizado durante o mês de agosto de 2020.	Diagnóstico de Insuficiência cardíaca não especificado.	As dimensões de QV em limitações mentais ($p < 0,001$) e autocuidado ($p < 0,01$) foram significativas no grupo intervenção, em comparação ao grupo controle. Portanto, o programa de cuidado espiritual aumentou significativamente o escore total de QV ($p < 0,01$).

Tabela 1. Dados sumarizados dos estudos incluídos (continuação).

Taghavi <i>et al.</i> (2020)	Descritivo transversal	Shahid Rajaei Cardiovascular Center, Teerã - Irã. Total de 48 participantes.	Ellisan-Palutian Spiritual Well-being Questionnaire, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) e Iranian Heart Failure Quality of Life Questionnaire (IHF-QOL)	Pacientes maiores de 18 anos e menores de idade de 60, seleção de pacientes para transplante cardíaco com diagnóstico insuficiência cardíaca (laudado por dois médicos) com a Sociedade Internacional de Transplante de Coração e Pulmão (ISHLT), e capacidade de comunicação.	Houve uma relação significativa entre escore de saúde espiritual e qualidade de vida em ambos os questionários (MLHFQ: $p = 0,006$ e $r = -0,394$; IHF-QOL: $p = 0,022$ e $r = 0,329$).
Carney <i>et al.</i> (2019)	Estudo longitudinal	Cincinnati, Ohio - EUA. Total de 191 participantes.	Respondidos questionários em 2 tempos: 0 e 6 meses. Utiliza a escala Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp; Peterman et al., 2002) tanto para bem-estar espiritual como para QOL. Usou outras escalas para crenças religiosas, frequência religiosa e crença na vida após a morte: Religiosity Scale, em dois itens (Rohrbaugh & Jessor, 1975) e um único item da Brief Multidimensional Measure of Religion and Spirituality (Fetzer/NIA, 1999).	Definiu-se os participantes pelos seguintes critérios: (1) Diagnosticados com ICC sistólica do lado esquerdo de pelo menos moderada, documentada em prontuários médicos por eco, cateterismo ou outros testes nucleares com um Fração de Ejeção < 50; (2) eram inelegíveis para transplante; (3) tinham mais de 45 anos;	Resultados trazem os participantes significativamente mais propensos a experimentar mudanças em suas crenças sobre a vida após a morte em comparação com mudanças nas crenças sobre Deus; Demonstrou impacto das crenças no bem-estar e sofrimento os resultados foram mistos: relacionados ao aumento e diminuição do bem estar. E reafirmam a relações complexas e heterogêneas entre religiões crença e bem-estar nesta população

Tabela 1. Dados sumarizados dos estudos incluídos (continuação).

Abdi <i>et al.</i> (2019)	Ensaio Clínico Randomizado	Unidade cardiológica do Hospital Mostafa-Khomeini. Tehran, Iran. Total de 100 idosos (50 no grupo intervenção e 50 no grupo controle).	Aplicado questionário Life Satisfaction Index-A (LSI-A; Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961) após programa religioso-espiritual segundo o modelo de Richards e Bergin (1997), que foi adaptado à religião islâmica-xiita por Tajbakhsh <i>et al.</i> (2016, 2018). Composto por seis sessões educativas, cada uma durante uma semana e que duraram cerca de 30–45 minutos.	Idosos com diagnóstico de Doença Cardiovascular não especificada.	Não houve diferença significativa entre as médias de satisfação com a vida entre os grupos antes da intervenção. Entretanto no pós intervenção a satisfação do grupo teste foi superior ao grupo controle.
Moons <i>et al.</i> (2019)	Transversal observacional	Realizado em 15 países de 5 continentes: Argentina, Austrália, Bélgica, Canadá, França, Índia, Itália, Japão, Malta, Noruega, Suécia, Suíça, Taiwan, Holanda e Estados Unidos da América (EUA) Total de 4.028 participantes.	Utilizou a EuroQOL-5D Visual Analog Scale, Health Behavior Scale–Congenital Heart Disease, The Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Diener <i>et al.</i>, 1985) e três questões próprias para medir religião/espiritualidade. Dados coletados de abril de 2013 a março de 2015.	(i) diagnóstico de doença coronariana, definida como uma anormalidade estrutural do coração ou intratorácica grandes vasos que estão presentes no nascimento e têm real ou potencialmente significado funcional, (ii) ter 18 anos ou mais; (iii) diagnóstico estabelecido antes da adolescência; (4) acompanhamento continuado em centro de Doença Cardiocirculatória ou incluído em registro nacional/regional; e (v) capacidades físicas, cognitivas e linguísticas necessárias para preencher questionários de autorrelato.	No geral, 49,2% dos pacientes se consideravam religiosos/espirituais. Ser religioso/espiritual e considerar a religião/espiritualidade como importante na vida foi positivamente associado à qualidade de vida, satisfação com comportamentos de vida e saúde. No entanto, entre os pacientes que vivem em países mais seculares, a religião/espiritualidade foi negativamente associado à saúde física e mental.

Tabela 1. Dados sumarizados dos estudos incluídos (continuação).

Abu <i>et al.</i> (2019)	Coorte prospectiva multicêntrica	Realizado em seis centros médicos no centro de Massachusetts e Geórgia no período de abril/2011 a maio/2013) Total de participantes iniciais de 2.174 e uma amostra analítica de 1.039 pessoas.	Avaliou-se (durante a internação e entre 1 e 6 meses após a alta) a religiosidade por meio de 3 questionamentos criados pelos autores. A QVRS genérica foi avaliada usando o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) e a QVRS específica da doença foi avaliada com a subescala de qualidade de vida de 3 itens do Seattle Angina Questionnaire (SAQ-QOL).	Pacientes hospitalizados por Síndrome Coronariana Aguda (SCA) que foi categorizado como infarto agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (IAMCSST), infarto agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST (IAMSST) ou angina instável.	Utilizando modelos de regressão logística chegou-se no seguinte resultado: menos da metade dos pacientes experimentaram aumentos clinicamente significativos na sua QVRS mental e física genérica. Apenas um em cada quatro pacientes teve um aumento na sua QVRS específica da doença entre 1 e 6 meses após a alta.
Abolghasem-Gorji <i>et al.</i> (2017)	Transversal observacional	Cidade de Qom, Irã. Total de 130 pacientes.	Foram utilizadas Islamic religious attitude questionnaire (por meio de questionário elaborado e respondido por autorrelato com 60 questões relacionadas à religião islâmica) e Health-Related Quality of Life (HRQoL-SF36).	Obrigatoriamente estágios de I-IV de IC (NYHA) com fração de ejeção menor que 40%, que fossem muçulmanos e cognitivamente capazes de preencher os questionários.	Apesar de uma pontuação elevada de atitudes religiosas, os participantes obtiveram uma pontuação baixa tanto nas dimensões física quanto mental. O escore SF-36 trouxe dados positivos em qualidade de vida e atitude religiosa, mas fracamente correlacionados ($r = 0,19$ de Pearson, $p = 0,03$). Parece que o efeito das atitudes religiosas no estado mental é maior do que a dimensão física. No entanto, em pacientes com doenças debilitantes, incluindo insuficiência cardíaca, este efeito não é muito elevado e há necessidade de mais investigações.

Tabela 1. Dados sumarizados dos estudos incluídos (continuação).

Park et al. (2017)	Transversal observacional	Cincinnati, Ohio. Total de 111 participantes.	Utilizada escala Health survey SF-12 (Ware, Kosinski, & Keller, 1994) que avaliou duas dimensões da qualidade de vida: um componente físico e um componente de saúde mental. Utilizada também a subescala de Brief Multidimensional Measure of Religion/Spirituality (BMMR/S; Fetzer Institute e National Institute on Aging, 1999) avaliou a transcendência. A luta espiritual foi avaliada por meio da subescala Atitudes em relação à Deus (Wood et al., 2010).	Paciente com IC grave com NYHA III ou IV.	Pacientes que desejaram discussão espiritual com os prestadores de cuidados de saúde, sentiram-se constrangidos devido à maior luta espiritual e menores experiências espirituais diárias. Essas restrições também foram associadas a sintomas depressivos mais elevados e a uma menor qualidade de vida.
White, M.L. (2016)	Transversal observacional	Duas clínicas de cardiologia na cidade de Detroit, Michigan - EUA. Total de 142 participantes afro americanos.	Utilizado questionário WHOQOL-BREF, The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e Spiritual Self-Care Practice Scale SSCPS.	Afro americanos diagnosticados com Insuficiência cardíaca, sem mais especificações.	Na terceira etapa da análise, a relação entre práticas de autocuidado espiritual e QV foi estatisticamente significativa, $\beta = 0,67$ a redução substancial na variância na QV explicada pela sintomatologia depressiva forneceu suporte de que as práticas de autocuidado espiritual estavam mediando a relação entre as duas variáveis.

Tabela 1. Dados sumarizados dos estudos incluídos (continuação).

Tadwalkar <i>et al.</i> (2014)	Estudo piloto	Los Angeles, CA - EUA. Total de 23 participantes.	Utilizado questionário Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spirituality-Expanded, versão 4 (FACIT-Sp-Ex) para avaliar a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. E, para avaliar grau de prazer e satisfação com a vida, utilizou-se a escala QoL Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q-SF)	Pacientes internados num hospital com insuficiência cardíaca (diagnóstico estabelecido há pelo menos 3 meses), maiores de 18 anos. Durante um período de 3 meses (Agosto 2010-Março 2011).	A tendência de altas nas pontuações percentuais do Q-LES-Q-SF ao longo do tempo demonstra uma resposta positiva à intervenção entre todos os pacientes. Os dados sugerem uma melhoria global na qualidade de vida, conforme estabelecido pela melhoria dos resultados dos questionários com a utilização de apoio religioso ou espiritual complementar nos pacientes durante o período do estudo.
Trevino <i>et al.</i> (2014)	Longitudinal	Pensilvânia, EUA. Total de 43 participantes.	Utilizaram duas escalas para mensurar enfrentamento religioso e religiosidade: The Religious Coping Activities Scale (Kenneth I. Pargament et al. 1990) e The Religiosity Measure (Rohrbaugh e Jessor, 1975). E, para Qualidade de Vida, o Quality of life Acute myocardial infarction (QLMI) (Foster et al., 1995).	Paciente em reabilitação pós IAM ou Cirurgia de Revascularização do miocárdio.	A utilização do enfrentamento religioso foi associada a melhorias na qualidade de vida emocional ao longo do tempo. A mudança na R/E também foi associada à mudança na QV ao longo dos 2 anos do estudo.

Tabela 1. Dados sumarizados dos estudos incluídos (continuação).

Silva Fernández, C.S.; Agudelo Vélez, D.M. (2011)	Retrospectivo simples quantitativo	Fundação Cardiovascular da Colômbia. Total de 80 pacientes.	Utilizou-se Questionário short-form health survey - (SF-36) e Escala de Estratégias de Coping Modificada (EEC-M).	Pacientes do programa de reabilitação cardiovascular, sem diagnóstico especificado.	Não houve uma correlação significativa entre a religião como estratégia de enfrentamento e à qualidade de vida relacionada à saúde. Se ressaltou a presença da religião (78,5%), a baixa autonomia (68,8%), à expressão da dificuldade de enfrentamento baixo (63,6%) e a alta evitação cognitiva (54,5%).
Delaney <i>et al.</i> (2011)	Estudo piloto (pré experimental, pré-teste e pós-teste)	Universidade de Connecticut - EUA. Total de 41 adultos com DCV com 27 deles completando protocolo.	Utilizou The Spirituality Scale (Delaney, 2005) para espiritualidade e questionário de Quality of Life index QOL-CV (Ferrans & Powers, 1992). Participantes recrutados em três programas ambulatoriais de reabilitação para realização de protocolo com um mês de duração.	(a) residência na comunidade idade adulta com 21 anos ou mais, (b) diagnóstico de DCV, (c) capacidade de ler e escrever em inglês, (d) receber cuidados para DCV por um profissional de saúde, (e) morar em casa, e (f) ter acesso a um telefone em que os investigadores poderiam fazer contato.	Análises de medidas repetidas revelaram que os pacientes que completaram o protocolo de estudo de 1 mês demonstraram um aumento significativo na qualidade de vida Conforme previsto, a intervenção baseada na espiritualidade melhorou o resultado primário da QV geral, particularmente nos domínios da saúde e psicoespiritual.

No que diz respeito à qualidade metodológica (tabela 2), dois dos 14 estudos puderam ser avaliados pela escala NOS (VON FLACH *et al.* 2023; ABU *et al.* 2019). Ambos foram considerados de qualidade moderada (quatro e seis estrelas, respectivamente). As principais falhas metodológicas incluíram a ausência de descrição da origem da coorte não exposta e o uso de questionários na aferição do desfecho. O que mais difere o estudo de Abu *et al.* (2019) da outra coorte é o quesito comparabilidade, no qual ele usa controles bem definidos para chegar a uma correlação estatística.

Tabela 2. Qualidade metodológica dos estudos segundo a Escala Newcastle-Ottawa.

	Seleção	Comparabilidade	Exposição/Desfecho	Total
von Flach <i>et al.</i> (2023)	**	zero	**	4/9
Movahedi <i>et al.</i> (2021)	-	-	-	-
Taghavi <i>et al.</i> (2020)	-	-	-	-
Carney <i>et al.</i> (2019)	-	-	-	-
Abdi <i>et al.</i> (2019)	-	-	-	-
Moons <i>et al.</i> (2019)	-	-	-	-
Abu <i>et al.</i> (2019)	**	**	**	6/9
Abolghasem-Gorji <i>et al.</i> (2017)	-	-	-	-
Park <i>et al.</i> (2017)	-	-	-	-
White, M.L. (2016)	-	-	-	-
Tadwalkar <i>et al.</i> (2014)	-	-	-	-
Trevino <i>et al.</i> (2014)	-	-	-	-
Silva Fernández, C.S.; Agudelo Vélez, D.M. (2011)	-	-	-	-
Delaney <i>et al.</i> (2011)	-	-	-	-

6 DISCUSSÃO

A partir desta revisão sistemática, foram encontradas várias evidências de associação significativa entre E/R e a QV de adultos com DCV. As associações variaram de acordo com os âmbitos avaliados por cada trabalho e as escalas ou questionários escolhidos. Nove dos quatorze estudos identificados nesta revisão sistemática trouxeram uma associação positiva e com significância ($p < 0,05$) entre R/E e QV. Outros quatro mostraram resultados com associação positiva, mas sem significância (VON FLACH *et al.* 2023; TADWALKAR *et al.* 2014; TREVINO *et al.* 2014; SILVA *et al.* 2011) e apenas um trabalho não associação positiva entre as variáveis (CARNEY *et al.* 2019).

Para definir a escolha dos participantes, quatro dos estudos utilizaram o diagnóstico de DCV como critério, mas sem especificações claras (DELANEY *et al.* 2011; PARK *et al.* 2017; ABDI *et al.* 2019; MOONS *et al.* 2019;). Além desses, von Flach *et al.* (2023) foram os únicos que trouxeram especificações dentro do diagnóstico cardiovascular como: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio, angina instável ou estável, angioplastia coronariana, valvulopatias, insuficiência cardíaca (IC), pós-operatório de cirurgia cardíaca ou vascular, implante de dispositivos. Dos artigos que levaram em consideração o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, quatro não usaram critérios específicos (TAGHAVI *et al.* 2020; MOVAHEDI *et al.* 2021; WHITE *et al.* 2016; TADWALKAR *et al.* 2014). Já Carney *et al.* (2019) incluíram apenas pacientes diagnosticados com ICC sistólica esquerda documentada em exames complementares e com Fração de Ejeção (FE) $< 50\%$. Diferente do último citado, Abolghasem-Gorji *et al.* (2017), utilizou o valor de FE $< 40\%$. Outros quatro incluíram os participantes que tinham IC sem outras especificações (TAGHAVI *et al.* 2020; MOVAHEDI *et al.* 2021; WHITE *et al.* 2016; TADWALKAR *et al.* 2014). Apenas uma das referências usou como critério a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) para inclusão na pesquisa (ABU *et al.* 2019). E os outros dois artigos utilizaram pacientes que estavam em reabilitação, por DCV não especificada (SILVA *et al.* 2011) ou em pós IAM e pós Cirurgia de Revascularização Miocárdica (TREVINO *et al.* 2014).

Para o processo de coleta de dados acerca das variáveis analisadas (Qualidade de vida e Espiritualidade/Religiosidade), as referências selecionadas utilizaram escalas ou questionários. Alguns já validados e utilizados em outras pesquisas e alguns autorais (ABU *et al.* 2019; ABOLGHASEM-GORJI *et al.* 2017; MOONS *et al.* 2019). Houve uma grande heterogeneidade quanto ao uso dos instrumentos de coleta de dados. O estudo feito por von Flach *et al.* (2023) usou a mesma escala, *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*

(MLHFQ), que Taghavi *et al.* (2020) para entender a qualidade de vida dos participantes que convivem com a Insuficiência Cardíaca. Por serem estudos realizados no Irã, Movahedi *et al.* (2021) e Taghavi *et al.* (2020) utilizaram o *Iranian Heart Failure Quality of Life Questionnaire* (IHF-QOL). Outros dois trabalhos usaram a mesma escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp) para mensurar QOL nas DCV crônicas (CARNEY *et al.* 2019; TADWALKAR *et al.* 2014), tendo o último escolhido a versão estendida da escala.

O estudo piloto de Tadvalkar e seus colaboradores, publicado em 2014, fez uso da escala FACIT-Sp-Ex e da *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction* (Q-LES-Q-SE). O foco do trabalho foi avaliar a influência do do aconselhamento espiritual na qualidade de vida durante o tratamento de adultos hospitalizados com IC (TADWALKAR *et al.* 2014). A intervenção realizada por personalidades religiosas ou voluntários não religiosos era aplicada aos pacientes em internação hospitalar. Os dados dos instrumentos de coletas chegaram à conclusão de que os pacientes do grupo religioso, ou seja, que tiveram o aconselhamento prestado pelos capelães, demonstraram melhorias nas pontuações da pesquisa no FACIT-Sp-EX e Q-LES-Q-SF. Os pacientes do grupo com voluntários não religiosos demonstraram melhorias nas pontuações apenas do FACIT-Sp-Ex. Concluiu-se que as intervenções feitas por pessoas que não são ligadas fortemente à religião podem não ser tão poderosas na melhoria das medidas de qualidade de vida para este grupo específico. Apesar de que, ao final, relataram que a razão para a discrepância dos dados poderia ter sido causada pelo pequeno número de participantes da pesquisa (n=23).

A *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) é um instrumento de avaliação médica geral criada em 1997 (CICONELLI, R M; 1997) e possui oito componentes com 36 perguntas no total, incluindo uma comparando a saúde atual com a saúde de um ano atrás. Ela é comumente utilizada para avaliar qualidade de vida e foi escolhida por quatro (ABU *et al.* 2019; ABOLGHASEM-GORJI *et al.* 2017; PARK *et al.* 2017; SILVA FERNÁNDEZ, C.S.; AGUDELO VÉLEZ, D.M. *et al.* 2011) das quatorze referências. Entretanto, Park *et al.* (2017) optou por utilizar a versão reduzida de apenas doze itens.

Coincidentemente, Abu *et al.* (2019), Abolghasem-Gorji *et al.* (2017) e Moons *et al.* (2019) optaram por questionários autorais no que tange a E/R. O estudo de Abu *et al.* (2019), uma Coorte do tipo prospectiva questionou três pontos chave: o quão a religião é ponto de força e conforto; se o participante realiza orações pela própria saúde e se conhece outras pessoas, que não seus familiares, que oram pela sua saúde. Associando a SF-36 e os 3 itens do

Seattle Angina Questionnaire (SAQ-QOL), Abu *et al.* (2019) chegou à conclusão de que no componente mental da SF-36 houve um aumento significativo ($p<0,001$), no sexto mês, nos que relataram pouca ou nenhuma força advinda da religião se comparado ao primeiro mês. Nesse mesmo grupo, houve redução na frequência dos sintomas de angina. Da mesma forma, aqueles que oravam pela sua própria saúde obtiveram melhora clínica nas limitações físicas ($p<0,05$). Uma porcentagem maior dos que sabiam da intercessão por sua saúde obteve pontuação clinicamente mais significativa no PCS-HRQOL se comparada aos que não sabiam. E, por fim, os escores médios de QVRS no questionário específico da doença (SAQ-QOL) aumentaram significativamente ($p<0,001$) após a alta.

Já no estudo de 2017, Abolghasem-Gorji e seus colaboradores uniram a SF-36 a um questionário autoral com 60 questões acerca da atitude religiosa (AR) islâmica. Nos seus resultados, concluiu que mesmo com uma alta pontuação no questionário religiosos, os participantes obtiveram baixa pontuação nas dimensões física e mental. Por meio do SF-36, houveram dados positivos entre QV e atitude religiosa, mas com uma correlação reduzida ($p=0,03$). Concluíram que talvez exista mais relação da AR com o estado mental que com a dimensão física, mas para doenças mais debilitantes com IC esse efeito ainda necessitaria de mais estudos para confirmação.

O estudo de Moons *et al.* (2019) foi o estudo transversal observacional que teve maior tempo de duração (dois anos), maior número de participantes entre os selecionados ($n=4.028$) e que abrangeu um total de 15 países nos 5 continentes. Realizaram uma coleta de dados com escalas/questionários preexistente no que tange a QV e as doenças cardíacas congênitas: *The Satisfaction With Life Scale* (SWLS) (DIENER *et al.* 1985), que visa medir julgamentos cognitivos globais da satisfação de vida de uma pessoa sem objetivar uma medida de afeto positivo ou negativo. Além de uma escala relacionada ao comportamento de saúde de pessoas com doenças cardíacas congênitas (*Health Behavior Scale – Congenital Heart Disease*) (GOOSSENS *et al.* 2013). Ademais, utilizaram três questionamentos autorais para obter informações com relação a E/R. Os resultados mostraram que existe um efeito de interação significativo para a dimensão da saúde mental, indicando que a relação entre a saúde mental e ser religioso/espiritual foi de certa forma regulada pelo nível de religiosidade/secularidade do país. Quanto maior os índices de E/R, melhores eram os comportamentos de saúde, melhor qualidade de vida (LASQV) e maior satisfação com a vida (SWLS).

White *et al.* (2016) utilizou uma escala reduzida (WHOQOL-bref) da *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL, 1995) que é composta por vinte e seis perguntas

sobre domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. Associou a essa, a *White's Spiritual Self-Care Practices Scale* (WSPSCPC) e a escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), a última relacionada à sintomatologia da depressão. Os resultados do estudo trouxeram dados estatisticamente significativos, indicando que práticas de autocuidado da espiritualidade mediarão positivamente a relação entre depressão e qualidade de vida para os indivíduos afro-americanos diagnosticados com IC que participaram.

Ao contrário das outras referências, Abid *et al.* (2019) e seus colaboradores optaram por usar apenas um questionário: *Life Satisfaction Index-A* (LSI-A; Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961), que tem o objetivo de avaliar a satisfação com a vida de idosos. As perguntas foram feitas aos dois grupos (intervenção e controle) após realização do programa religioso-espiritual segundo o modelo de Richards e Bergin (1997), que foi adaptado à religião islâmica-xiita por Tajbakhsh *et al.* (2016, 2018). Não foram encontradas diferenças significativas entre as médias de satisfação com a vida entre os dois grupos no período pré intervenção. Entretanto no pós intervenção, a satisfação do grupo teste foi superior ao grupo controle.

Sobre os três artigos que trabalharam com pacientes em reabilitação, além de von Flach *et al.* (2023), (TREVINO *et al.* 2014; DELANEY *et al.* 2011; SILVA *et al.* 2011) eles usaram respectivamente *Quality of life Acute myocardial infarction* (QLMI) (Foster *et al.*, 1995), *Quality of Life index* QOL-CV (Ferrans & Powers, 1992) e SF-36 (CICONELLI, R M; 1997). O primeiro aplicou o protocolo no início, no fim do primeiro ano e no final do segundo ano de reabilitação pós IAM ou Cirurgia de revascularização miocárdica. Para correlacionar com R/E, reuniu-se dos dados compilados a partir da aplicação dos questionários *The Religious Coping Activities Scale* (Kenneth I. Pargament *et al.* 1990) e *The Religiosity Measure* (Rohrbaugh e Jessor, 1975). Trevino *et al.* (2014) trouxe como resultados que a utilização do enfrentamento religioso foi associada a melhorias na qualidade de vida emocional. Especificamente, aumentos na religiosidade Consequencial (influência da religião nas atividades diárias e na tomada de decisões) e na religiosidade Experiencial (experiência de reverência e conforto religioso) tiveram essa associação na QV ao longo desses 2 anos. A mudança na R/E também foi associada à mudança na QV durante o mesmo período.

Uma heterogeneidade ainda maior aconteceu no uso das escalas e dos questionários com relação à religiosidade/espiritualidade. Os únicos artigos que utilizaram a mesma ferramenta foram Carney *et al.* (2020) e Park *et al.* (2017). O primeiro usou apenas um único item da *Brief Multidimensional Measure of Religion and Spirituality* (BMMR/S) (Fetzer/NIA, 1999) e associou as informações de dois itens da *Religiosity Scale* (Rohrbaugh & Jessor, 1975).

Resultados sugerem que as crenças religiosas não estão associadas nem positiva nem negativamente ao bem-estar e ao sofrimento, independentemente de qual é a frequência religiosa desses pacientes com ICC grave.

O estudo de 2017, Park *et al.* associou a BMMR/S uma subescala da Attitudes Toward God Scale (ATGS-9) (WOOD *et al.* 2010). Poucos resultados foram significativamente impactantes: uma fração de ejeção mais alta foi relacionada a níveis mais baixos de desejo de que os profissionais da saúde atendam às suas necessidades espirituais ($p < 0,05$). Além disso, a restrição espiritual foi associada a mais sintomas depressivos ($p < 0,05$) e pior qualidade de vida física ($p < 0,01$). No grupo que não desejava conversar sobre suas necessidades espirituais com os profissionais, quando isso era atendido, notou-se uma relação de maior QV mental ($p < 0,10$) e física ($p < 0,05$).

Os colaboradores de von Flach *et al.* (2023) utilizaram, em associação com o questionários americano acerca da Insuficiência Cardíaca, uma versão em português do *Duke Religious Index* (DUREL) (KOENIG *et al.*, 1997), o P-DUREL (MOREIRA-ALMEIDA *et al.* 2008). Apesar de ser um trabalho de Coorte do tipo prospectiva, com qualidade metodológica moderada (nota 4/9) pela escala New Castle-Ottawa e realizada em 36 sessões durante 15 semanas, todas as correlações estatísticas com teste de Sperman não mostraram significância ($p > 0,05$). Ou seja, E/R não impactaram os ganhos funcional e em qualidade de vida dos participantes do programa de reabilitação cardiovascular.

A outra referência que optou por incluir participantes de reabilitação foi a de Delaney *et al.* (2011). Ela demonstrou por meio do uso da *The Spirituality Scale* de autoria própria (DELANEY *et al.* 2005), que após intervenção de 1 mês (baseada na espiritualidade) do estudo piloto, os dados forneceram evidências preliminares individualizada com um aumento modesto e significativo ($p < 0,01$) na QV geral.

Os estudos Movahedi *et al.* (2021) e Taghavi *et al.* (2020), apesar de terem sido aplicados no mesmo centro médico da cidade de Teerã no Irã, trouxeram questionários diferentes para qualidade E/R. No estudo mais recente, foi realizada uma intervenção a partir de um programa de cuidado espiritual e aplicado os questionários IHF-QOL e *Spirituality questionnaire* antes e após o período de intervenção. A partir disso, Movahedi e seus colaboradores chegaram ao resultado que o programa de cuidado espiritual aumentou significativamente o escore total de QV ($p < 0,01$) por meio da melhora da QV em sua dimensões de limitação mental ($p < 0,001$) e de autocuidado ($p < 0,01$).



No estudo realizado em 2020, Taghavi *et al.* optou apenas por descrever e comparar, por meio da aplicação dos questionários MLHFQ (também utilizado por von Flach *et al.* 2023), IHF-QOL e *Spiritual well-being questionnaire* a relação entre E/R e a QV dos participantes usuários do centro médico na cidade de Teerã já anteriormente citada. Foram aplicados a um número menor de participantes (n=48), se comparado ao trabalho de Movahedi *et al.* (2021). Esse estudo descritivo transversal chegou nos seguintes resultados: existiu uma relação significativa entre escore de saúde espiritual e qualidade de vida em ambos os questionários MLHFQ: $p = 0,006$ e IHF-QOL: $p = 0,022$.

O estudo retrospectivo simples quantitativo, realizado na Colômbia, (SILVA *et al.* 2011) trouxe uma amostra de oitenta (n=80) pacientes assistidos no programa de reabilitação cardiovascular. Foram utilizados os instrumentos de pesquisa: SF-36 e *Escala de Estratégias de Coping Modificada* (EEC-M). Em relação à DCV mais prevalente, a doença coronariana foi encontrada em 68,8%. Do total, 40% já havia sofrido infarto agudo do miocárdio. No que diz respeito à comparação de médias entre os escores das estratégias de *coping* e as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo, especificamente nas estratégias de evitação cognitiva ($p \leq 0,05$), religião ($p \leq 0,05$) e busca de apoio social ($p \leq 0,05$), que foram utilizados com maior frequência pelas mulheres. Os resultados estatísticos mostram a influência da utilização de estratégias de coping passivas na qualidade de vida, valores e crenças centradas no constrangimento inerente à patologia. Também mostra a religião como uma estratégia de proteção para lidar com doenças cardiovasculares.

Esta não é a primeira revisão sistemática que aborda a temática, mas é a mais recente e a que possui um menor número de restrições quanto ao idioma, às bases de dados (incluímos as principais e também a literatura cinzenta) e aos anos de publicação (dos quatorze estudos, apenas dois não foram publicados nos últimos dez anos, sendo sete deles datados dos últimos cinco anos). Existem algumas referências, entre revisões sistemáticas (ABU *et al.* 2013) e integrativas (CANNAVAN *et al.* 2022; FRANCO *et al.* 2023), que trazem resultados parecidos. Na revisão de Abu e seus colaboradores (2013), foram encontradas evidências de associação entre R/E e QV entre pacientes com DCV, apesar de mais da metade das referências utilizadas

mostrarem relação negativa ou nula entre as variáveis. Assim como na atual revisão, Abu *et al.* (2013) frisou a dificuldade quanto à heterogeneidade dos instrumentos de medição acerca da E/R, uma limitação notável no nosso trabalho.

O trabalho de revisão integrativa elaborado por Franco e seus colaboradores (2023) trouxe que as práticas religiosas podem ser usadas por profissionais da saúde para facilitar o engajamento do paciente com DVC no tratamento, mas não utilizaram dados que demonstrassem a significância estatística. Em trabalho menos recente, Cannavan *et al.* (2022) trouxeram as práticas espirituais como positivas para qualidade de vida e também facilitadores para a adesão ao tratamento das DCV, apesar de concordarem que ainda há necessidade de mais pesquisas acerca do tema.

7 CONCLUSÃO

Existe associação estatisticamente significativa entre a religiosidade/espiritualidade e a qualidade de vida dos adultos com doença cardiovascular. Os resultados desta revisão trazem dados que demonstram várias associações positivas entre as variáveis, mas todos os estudos utilizados concordam na necessidade de mais aprofundamento nos dados. Os dados elencados aqui mostram melhoria nos diversos âmbitos da QV. Não foi vista nenhuma associação negativa entre as duas variáveis. No entanto, a heterogeneidade dos dados, principalmente dos instrumentos (escalas e questionários) utilizados para quantificação da E/R, impediram o desenvolvimento de uma metanálise dos dados coletados. Apesar disso, os dados desta pesquisa reforçam a importância de uma assistência holística aos pacientes com doenças crônicas, especialmente aqueles diagnosticados com doenças cardiovasculares. É imperativo que estudos de base populacional continuem sendo conduzidos a fim de ampliar a compreensão do papel da religiosidade e da espiritualidade no processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

- ABDI, A.; SOUFINIA, A.; BORJI, M.; TARJOMAN, A. The Effect of Religion Intervention on Life Satisfaction and Depression in Elderly with Heart Failure. *J Relig Health*, v. 58, n. 3, p. 823-832, jun. 2019. doi: 10.1007/s10943-018-0727-7. PMID: 30421268.
- ABOLGHASEM-GORJI, H.; BATHAEI, S. A.; SHAKERI, K.; HEIDARI, M.; ASAYESH, H. The effect of religiosity on quality of life in Muslim patients with heart failure: a study in Qom, the religious capital of Iran. *Mental Health, Religion & Culture*, v. 20, n. 3, p. 217-228, 2017. DOI: 10.1080/13674676.2017.1329287.
- ABU HO, M.; MCMANUS, D. D.; LESSARD, D. M.; KIEFE, C. I.; GOLDBERG, R. J. Religious practices and changes in health-related quality of life after hospital discharge for an acute coronary syndrome. *Health Qual Life Outcomes*, v. 17, n. 1, p. 149, Sep. 2019. doi: 10.1186/s12955-019-1218-6. PMID: 31481073; PMCID: PMC6724337.
- ABU, H. O.; ULBRICHT, C.; DING, E.; ALLISON, J. J.; SALMOIRAGO-BLOTCHER, E.; GOLDBERG, R. J.; KIEFE, C. I. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, v. 27, n. 11, p. 2777-2797, 2018. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4>.
- AGORASTOS, A.; DEMIRALAY, C.; HUBER, C. G. Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psychol Res Behav Manag*, v. 7, p. 93-101, 2014.
- AMIR, S. N. et al. Impact of Religious Activities on Quality of Life and Cognitive Function Among Elderly. *J Relig Health*, v. 61, n. 2, p. 1564-1584, 2022.
- ARCOVERDE, M. S. Assistência domiciliária e hospitalar: percepção de pessoas idosas sobre espiritualidade e qualidade de vida. 2014. 145 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*, v. 52, e03312, 2018.

BITENCOURT, FERNANDO VALENTIM et al. Análise da qualidade metodológica de estudos observacionais (coorte e caso-controle) com a ferramenta Newcastle-Ottawa Scale (NOS). In: CANTO, Graziela de Luca; STEFANI, Cristine Miron; MASSIGNAN, Carla (org.). Risco de viés em revisões sistemáticas: guia prático. Florianópolis: Centro Brasileiro de Pesquisas Baseadas em Evidências – COBE UFSC, 2021. Cap. 10. Disponível em: <<https://guiariscodeviescobe.paginas.ufsc.br/capitulo-10-analise-da-qualidade-metodologica-d-e-estudos-observacionais-coorte-e-caso-controle-com-a-ferramenta-newcastle-ottawa-scale-no-s/>>. Acesso em: 01.02.2024.

CANNAVAN, P. M. S. et al. Qualidade de vida de pacientes com doenças cardiovasculares e sua relação com religiosidade/espiritualidade. *Glob Acad Nurs*, v. 3, n. 1, p. e224, 2022. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200224>.

CARNEY, L. M.; PARK, C. L.; GUTIERREZ, I. A. Religious beliefs and well-being and distress in congestive heart failure patients. *J Behav Med*, v. 43, n. 3, p. 437-447, Jun. 2020. doi: 10.1007/s10865-019-00115-3. PMID: 31745691.

CARVALHO-PINTO, B. P. B.; FARIA, C. D. C. M. Health, function and disability in stroke patients in the community. *Braz J Phys Ther*, v. 20, n. 4, p. 355-366, 2016.

CHIANG, F. C. F. A importância da espiritualidade na recuperação do paciente cardíaco hospitalizado: uma análise através da capelania hospitalar. 2015. 87 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Faculdades EST, São Leopoldo, 2015.

CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)”. 1997. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

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*, v. 29, n. 1, p. 21-32, Mar. 2011. doi: 10.1177/0898010110378356. PMID: 20713655.

DIENER, E. et al. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, v. 49, p. 71-75, 1985.

DIMSDALE, J. E. Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 51, n. 13, p. 1237–1246.

ELLER, J. D. Varieties of secular experience. In: ZUCKERMAN, P.; SHOOK, J. R. (Eds.). *The Oxford handbook of secularism*. New York: Oxford University Press, 2017. pp. 499–514.

ESPERANDIO, M. R. G.; AUGUST, H. A pesquisa quantitativa em Psicologia da religião no Brasil. *Revista Pistis Práxis Teologia Pastoral*, v. 9, n. 1, p. 49-67, 2017.

ÉTICA EM PESQUISA - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Conselho nacional em saúde (CNS), 2022. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissoes-cns/conep>>. Acesso em: 23 abr. 2023.

FERGUSON, N. D. et al. Integrando resultados de mortalidade e morbidade: usando anos de vida ajustados pela qualidade em ensaios de cuidados intensivos. *Am J Respiro Crit Care Med*, v. 187, p. 256–261, 2013.

FRAMINGHAM HEART STUDY (FHS). Research Milestones. 2018. Disponível em: <<https://www.framinghamheartstudy.org/fhs-about/research-milestones/>>. Acesso em: 23 jan. 2023.

GOOSSENS, E. et al. Health risk behaviors in adolescents and emerging adults with congenital heart disease: Psychometric properties of the Health Behavior Scale-Congenital Heart Disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*, v. 12, p. 544–557, 2013.

GROVER, S. et al. Religiosity and Spirituality of patients with severe mental disorders. *Indian journal of psychiatry*, v. 63, n. 2, p. 162–170, 2021.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, Á. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 34, n. Suppl 1, 2007.

JENSEN, L. A. A psicologia cultural da religiosidade, espiritualidade e secularismo na adolescência. *Revisão de pesquisa de adolescentes*, v. 6, n. 3, p. 277-288, 2021.

KOENIG, H.; KING, D.; CARSON, V. B. *Handbook of Religion and Health*. USA: Oxford

University Press, 2012. p. 1186.

MARGAÇA, C.; RODRIGUES, D. Religiosidade e Funcionamento Mental em Idosos Portugueses: Uma Perspetiva Sociopsicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 37, 2021.

MCSHERRY, W.; CASH, K. A linguagem da espiritualidade: uma taxonomia emergente. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*, v. 41, p. 151–161, 2004.

MELO, C. F. et al. Correlation between religiousness, spirituality and quality of life: a review of literature. *Estud Pesq Psicol*, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, v. 339, p. b2535, 2009. doi: 10.1136/bmj.b2535.

MOLINA, N. P. F. M. et al. Religiosity, spirituality and quality of life of elderly according to structural equation modeling. *Texto contexto Enferm*, v. 29, e20180468, 2020.

MOONS, P. et al. Religion and spirituality as predictors of patient-reported outcomes in adults with congenital heart disease around the globe. *Int J Cardiol*, v. 274, p. 93-99, Jan. 2019. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.07.103. Epub 2018 Jul 23. PMID: 30077534.

MOREIRA, W. C. et al. Efeitos da associação entre espiritualidade, religiosidade e atividade física na saúde/saúde mental: revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, n. 54, 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 35, n. 1, p. 31–32, 2008.

MOVAHEDIMOGHADAM, F. et al. Effect of Spiritual Care Program on Resilience in Patients with Heart Failure: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, v. 27, n. 4, p. 266–273, 2022. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_61_21.

NEUGARTEN, B. L.; HAVIGHURST, R. J.; TOBIN, S. S. The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, v. 16, p. 134-143, 1961.

OKUMA, G. Y. et al. Espiritualidade, religiosidade, distress e qualidade de vida em pacientes oncológicos. *Rev. Psicol. Saúde*, v. 13, n. 2, p. 3-17, Jun. 2021.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. *Arq. Bras. Cardiol*, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev*, v. 10, p. 89, 2021.

PANZINI, R. G. et al. Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, v. 29, n. 3, p. 263-282, 2017.

PARK, C. L.; SACCO, S. J. Heart failure patients' desires for spiritual care, perceived constraints, and unmet spiritual needs: relations with well-being and health-related quality of life. *Psychol Health Med*, v. 22, n. 9, p. 1011-1020, Oct. 2017. doi: 10.1080/13548506.2016.1257813. PMID: 27838924.

PRÉCOMA, D. B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

PRIETO, L.; SACRISTÁN, J. A. Problemas e soluções no cálculo de resultados de qualidade de vida ajustados pela qualidade (QALYs). 2003; 1:80.

SILVA FERNANDEZ, C. S.; AGUDELO VELEZ, D. M. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Act.Colom.Psicol.*, v. 14, n. 1, p. 47-60, jun. 2011. Available from

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552011000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2024.

SILVEIRA FRANCO, V.; MARCHESAN PASSOS, C. Religião e Espiritualidade e suas relações no doente crônico. *Revista do nufen: phenomenology and interdisciplinarity*, v. 15, n. 03, 2023. DOI: 10.26823/rnufen.v15i03.25064. Available at: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/25064>. Access on: 1 fev. 2024.

SIMÃO, A. et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 101, n. 6, Suppl 2, dez. 2013.

SÖDERBERG, M. et al. Psychosocial job conditions and biomarkers of cardiovascular disease: A cross-sectional study in the Swedish CARDioPulmonary bioImage Study (SCAPIS). Scandinavian journal of public health, advance online publication, 2022. doi: 10.1177/14034948211064097.

STANG, A. Critical evaluation of the Newcastle-Ottawa scale for the assessment of the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. Eur J Epidemiol, v. 25, p. 603-605, 2010.

TAGHAVI, S. et al. The Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life of Heart Transplant Candidates. J Relig Health, v. 59, n. 3, p. 1652-1665, Jun. 2020. doi: 10.1007/s10943-019-00950-3. PMID: 31745694.

TADWALKAR, R. et al. The beneficial role of spiritual counseling in heart failure patients. J Relig Health, v. 53, n. 5, p. 1575-1585, Oct. 2014. doi: 10.1007/s10943-014-9853-z. PMID: 24760268.

TEOLI, D.; BHARDWAJ, A. Qualidade de Vida. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing, 2022.

The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. Soc Sci Med, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

TREVIÑO, K. M.; MCCONNELL, T. R. Religiosity and religious coping in patients with cardiovascular disease: change over time and associations with illness adjustment. J Relig Health, v. 53, n. 6, p. 1907-1917, Dec. 2014. doi: 10.1007/s10943-014-9897-0. PMID: 24908582.

VON FLACH, M. D. R. T. et al. Spirituality, Functional Gain, and Quality of Life in Cardiovascular Rehabilitation. Arq Bras Cardiol, v. 120, n. 3, e20220452, Mar. 2023. doi: 10.36660/abc.20220452. PMID: 36946856.

WHITE, M. L. Spirituality Self-Care Practices as a Mediator between Quality of Life and

Depression. Religions, v. 7, n. 5, p. 54, 2016. doi: 10.3390/rel7050054.

WOOD, B. T. et al. Development, refinement, and psychometric properties of the Attitudes Toward God Scale (ATGS-9). Psychology of Religion and Spirituality, v. 2, p. 148–167, 2010. doi: 10.1037/a0018753.

World Health Organization (WHO). Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17-25 May 1999: verbatim records of plenary meetings and list of participants. Geneva: WHO; 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cardiovascular diseases (CVDs). 2021. Disponível em: <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))>. Acesso em: 23 jan. 2023.