

Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares

Religiosity, Spirituality and Cardiovascular Diseases

Giancarlo Lucchetti^{1,2}, Alessandra Lamas Granero Lucchetti^{2,3}, Álvaro Avezum Jr.^{2,4}

Resumo

A relação entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e o processo saúde-doença se faz de longa data. Estudos epidemiológicos têm mostrado uma relação entre R/E e doenças cardiovasculares, incluindo menores prevalências de depressão, maior sobrevida, menores níveis pressóricos e menores complicações pós-cirúrgicas. Entretanto, ainda são poucos os médicos que abordam esse tema na sua consulta. Os pacientes cardiológicos, por apresentarem doenças crônicas e muitas vezes de desfechos fatais, podem se beneficiar de uma história espiritual para que o cardiologista possa conhecer como as crenças do paciente podem influenciar em seu tratamento e de que forma isso lhe traz conforto ou sofrimento.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares/psicologia; Religião e medicina; Terapias espirituais; Espiritualidade

Abstract

The relationship between religiosity / spirituality (R/S) and their interface with the health-disease process has long been under discussion. Epidemiological studies have shown a relationship between R/S and cardiovascular diseases, including less depression, longer survival times, lower blood pressure and fewer complications after surgery. However, few doctors address this aspect during consultations. With chronic diseases and frequently fatal outcomes, cardiac patients may benefit from a spiritual history, so that cardiologists can discover how patient beliefs might influence treatment, in addition to offering comfort or causing distress.

Keywords: Cardiovascular diseases/ psychology; Religion and medicine; Spiritual therapies; Spirituality

Introdução

A relação entre religiosidade/espiritualidade (R/E) e o processo saúde-doença se faz de longa data. Na história grega, é possível encontrar relatos de deuses que promoveriam o aparecimento de doenças, assim como no período medieval as licenças para a prática da medicina eram autorizadas pelas autoridades religiosas.

No período da Renascença, houve uma separação entre religião e medicina que perdurou aproximadamente até a década de 1960, quando

estudos epidemiológicos começaram a mostrar que pacientes mais religiosos apresentavam melhores desfechos clínicos que os que não praticavam uma religião.

Torna-se importante conceituar espiritualidade e religiosidade:

- Espiritualidade é definida como “busca pessoal para entender questões finais sobre a vida, seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas”¹.

¹ Programa de Pós-graduação (Doutorado) em Neurologia/Neurociências - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) - São Paulo, SP - Brasil

² Associação Médico-Espírita de São Paulo - São Paulo, SP - Brasil

³ Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte, MG - Brasil

⁴ Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese - São Paulo, SP - Brasil

Religiosidade é entendida como “extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, podendo ser organizacional (participação no templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão)”.

A partir dos estudos epidemiológicos, o meio científico começou a pesquisar se esse tipo de associação não seria puramente dependente de variáveis confundidoras (suporte social, estado de saúde, dependência física, entre outros). Diversos estudos demonstraram que mesmo havendo controle dessas variáveis, a relação permanecia significativa¹. As pesquisas então passaram a ser conduzidas em pacientes com doenças cardiovasculares.

Notou-se, de forma até certo ponto surpreendente, que aqueles que frequentavam mais os serviços religiosos tinham menor mortalidade geral. Assim, estudos têm avaliado o papel da R/E na mortalidade por causa cardiovascular com resultados conflitantes. Hummer et al.² mostraram aumento de sobrevida por eventos cardiovasculares mediados por comportamentos saudáveis em relação à saúde. Já Feinstein et al.³ não encontraram essa relação. Mais estudos são necessários para esclarecer este assunto.

Quanto aos estudos em hipertensão, os dados são promissores⁴. Uma subdivisão do estudo NHANES III (*Third National Health and Nutrition Examination Survey*) avaliou 14475 americanos e constatou que aqueles que frequentavam mais os serviços religiosos apresentavam menor prevalência de hipertensão e menores níveis de pressão arterial, mesmo após controle para outras variáveis.

Da mesma forma, Koenig et al.⁵ avaliaram 3963 idosos. Os participantes que frequentavam serviços religiosos rezavam ou liam regularmente literatura religiosa apresentavam 40% menos chance de ter hipertensão arterial diastólica. Esses achados têm motivado estudos a respeito da etiopatogenia dessa associação por meio de reatividade pressórica e *allostatic load* (desregulação de sistemas).

Pacientes submetidos a cirurgias cardíacas também têm sido avaliados. A R/E esteve associada a menor estresse psicológico, depressão, ansiedade e complicações no pós-operatório^{6,7}.

Em relação à doença coronariana, alguns estudos têm mostrado que aqueles que possuem maiores níveis de bem-estar espiritual evoluem com menor progressão da doença⁸.

Essas evidências motivaram estudo conduzido por Hall⁹ que comparou o custo-efetividade da terapia com estatina em pacientes com risco coronariano, atividade física e frequência religiosa para o desfecho mortalidade. Como conclusão, o autor aponta que a frequência religiosa seria mais custo-efetiva que o uso de estatinas. Apesar de controverso, esse estudo aponta para o poder dessa associação frente à sobrevida dos pacientes.

Apesar das evidências, a causa exata para este tipo de desfecho ainda não é totalmente compreendida. Autores apontam para a mediação de fatores como estresse (menores níveis de cortisol), proteína-C reativa, fibrinogênio e citocinas (como por exemplo, estudo conduzido por Lutgendorf et al.¹⁰, em 2004, em que houve relação da frequência religiosa e mortalidade por meio da interleucina-6).

Na revisão de literatura, apesar de a maioria dos trabalhos ter desfechos positivos, alguns apontam para relações inconclusivas ou ausência de relação entre religiosidade/espiritualidade e desfechos cardiovasculares. Algumas razões podem ser apontadas para esses resultados: amostras pequenas, populações específicas e dificuldade na padronização de medidas de religiosidade. Entretanto, por ser um tema ainda não completamente entendido, são necessárias mais pesquisas na área para elucidar essas questões.

Outros estudos demonstram correlações negativas da religião que devem ser identificadas pelos profissionais de saúde, como por exemplo, a sensação de abandono ou punição por parte de Deus. Estudos demonstram que esse tipo de religiosidade pode estar associado à maior estresse, depressão e mortalidade¹.

Apesar de uma literatura crescente, ainda são poucos os médicos que abordam a espiritualidade em sua consulta. Em contraponto, os pacientes gostariam que seus médicos abordassem sobre sua R/E, e relataram inclusive que sentiriam mais empatia e confiança nos médicos que questionassem esse tema¹.

Os médicos apontam algumas dificuldades frente ao questionamento da espiritualidade do paciente. A falta de conhecimento sobre o assunto, a falta de treinamento, a falta de tempo e medo de impor pontos de vistas religiosos são algumas das barreiras colocadas. Esse medo é aceitável haja vista que poucas escolas médicas brasileiras abordam o tema na sua graduação ou pós-graduação. Entretanto, a abordagem da espiritualidade é feita de forma rápida e com ótima aceitação. Alguns instrumentos

Ponto de Vista

utilizados para a obtenção da história espiritual chegam a durar menos de dois minutos e conseguem captar de forma fidedigna essa dimensão do paciente, como é o caso dos instrumentos FICA e CSI-MEMO¹.

Os pacientes cardiologistas, por apresentarem doenças crônicas e muitas vezes de desfechos fatais, podem se beneficiar de uma história espiritual para que o cardiologista possa conhecer como as crenças do paciente podem influenciar em seu tratamento e de que forma isso lhe traz conforto ou sofrimento, realizando uma abordagem mais integrativa possível.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Universitária

O presente estudo não está vinculado a qualquer programa de pós-graduação.

Ponto de vista

As opiniões apresentadas neste artigo são somente as dos autores. A Revista Brasileira de Cardiologia acolhe pontos de vista diferentes a fim de estimular discussões com o intuito de melhorar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes.

Referências

1. Lucchetti G, Granero A, Bassi R, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med.* 2010;8(2):154-8.
2. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography.* 1999;36(2):273-85.
3. Feinstein M, Liu K, Ning H, Fitchett G, Lloyd-Jones DM. Burden of cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and incident cardiovascular events across dimensions of religiosity: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Circulation.* 2010;121(5):659-66.
4. Lucchetti G, Granero AL, Nobre F, Avezum A. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens.* 2010;17(3):186-8.
5. Koenig HG, George LK, Hays JC, Larson DB, Cohen HJ, Blazer DG. The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *Int J Psychiatry Med.* 1998;28(2):189-213.
6. Ai AL, Ladd KL, Peterson C, Cook CA, Shearer M, Koenig H. Long-term adjustment after surviving open heart surgery: the effect of using prayer for coping replicated in a prospective design. *Gerontologist.* 2010;50(6):798-809.
7. Ai AL, Wink P, Tice TN, Bolling SF, Shearer M. Prayer and reverence in naturalistic, aesthetic, and socio-moral contexts predicted fewer complications following coronary artery bypass. *J Behav Med.* 2009;32(6):570-81.
8. Morris EL. The relationship of spirituality to coronary heart disease. *Altern Ther Health Med.* 2001;7(5):96-8.
9. Hall DE. Religious attendance: more cost-effective than lipitor? *J Am Board Fam Med.* 2006;19(2):103-9.
10. Lutgendorf SK, Russell D, Ullrich P, Harris TB, Wallace R. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. *Health Psychol.* 2004;23(5):465-75.