

## Religião, espiritualidade e saúde: funções, convivências e implicações

Religion, Spirituality and Health: roles, coexistence and implications

Lisete Mónico\*

### Resumo

As religiões sempre foram, em parte, religiões de cura. Ao longo da história, têm sido perspectivadas como aliadas na procura de sentido para a vida e suas vicissitudes, com destaque para as situações de doença. Desde o trabalho inaugurado de William James, que referia o papel preventivo da religião em certas doenças, associado à ação da ciência, diversos estudos têm explorado a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e bem-estar. Mas que papel e funções a religião desempenha hoje em dia, nas sociedades ocidentais contemporâneas? Neste artigo procuramos dar resposta a esta questão, bem como sistematizar um conjunto de investigação acerca da influência da espiritualidade/religiosidade em diversas áreas do ser humano, designadamente na saúde, bem-estar, suporte social e prevenção e redução de comportamentos de risco. Dos autores clássicos à contemporaneidade, este artigo debruça-se sobre: i) conceitos de religiosidade e espiritualidade; ii) o papel e funções da religião; iii) a interligação entre religião, sociedade, religiosidade, saúde e doença; iv) a influência da espiritualidade e religiosidade na saúde, bem-estar, suporte social, prevenção primária e comportamentos de risco; v) Religiosidade e espiritualidade enquanto estratégia de coping para entendimento e manejo de situações críticas.

**Palavras-chave:** Religião. Espiritualidade. Religiosidade. Saúde e doença. Bem-estar. Suporte social.

### Abstract

Religions have always been, in part, healing religions. Throughout history, they have been seen as partners in the search for meaning in life and its vicissitudes, with emphasis on disease situations. Since the inaugural work of William James, who referred to the preventive role of religion in certain diseases, in association with science, several studies have explored the relationship between religiosity/spirituality and health and well-being. But what role and functions does religion play today, in contemporary Western societies? In this article we seek to answer this question, as well as systematize a set of research on the influence of spirituality/religiousness in different areas of the human being, namely in health, well-being, social support, prevention and risk reduction behavior. From classic authors to contemporaneity, this article focuses on: i) Concepts of religiosity and spirituality; ii) The role and functions of religion; iii) The interconnection between religion, society, religiosity, health and disease; iv) The influence of spirituality and religiosity on health, well-being, social support, primary prevention and risk behaviors; v) Religiosity and spirituality as a coping strategy for understanding and dealing with critical situations.

**Keywords:** Religion. Spirituality. Religiousness. Health and disease. Well-being. Social support.

---

Artigo submetido em 15 de setembro de 2021 e aprovado em 13 de setembro de 2022.

\* Doutora em Psicologia (Universidade de Coimbra). Professora da Universidade de Coimbra. País de origem: Portugal.  
E-mail: lisete.monico@gmail.com

## Introdução

“A religião é uma força social poderosa.” (MCCULLOUGH; WILLOUGHBY, 2009, p. 1). Referindo-se a crenças e a práticas grupais, manifesta-se constituinte universal de todas as sociedades humanas, sendo, até ao passado recente, uma das estruturas institucionais mais relevantes do sistema social (BARKER; WARBURG 1998; BROWN, 1987, 1988; LYNN; MOBERG, 1991; MERRIAM-WEBSTER, 1999; TAYLOR, 1998).

Tendo em conta que religião e religiosidade se direcionam a algo aparentemente vago e intangível, cuja realidade empírica está longe de ser clara, a procura de inteligibilidade sobre esta matéria, desde os tempos mais remotos, suscitou tanto de interesse quanto de interrogação. William James, no início do século XX, afirmava que a religião prevenia certas formas de doença, juntamente com a ciência. Desde então diversos estudos científicos têm explorado a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde e bem-estar (e.g., BOZEK; NOWAK; BLUKACZ, 2020). Entre muitos, a espiritualidade tem sido perspectivada como significativa aliada daqueles que padecem de uma enfermidade ou passam por uma situação difícil. Na verdade, “as religiões sempre foram, em parte, religiões de cura.” (PAIVA; VERGOTE; SAFRA; GIOVANETTI, 2001, p. 18).

Mas que papel e funções a religião desempenha hoje em dia, nas sociedades ocidentais contemporâneas onde vivemos? Neste artigo procuramos dar resposta a esta questão, bem como sistematizar um conjunto de investigação acerca da influência da religiosidade em diversas áreas do ser humano, designadamente na saúde, bem-estar, suporte social e prevenção e redução de comportamentos de risco.

### 1 Religiosidade e espiritualidade

A religião consiste num sistema partilhado de crenças, mitologia e rituais associados com Deus ou deuses. A religiosidade é encarada como o grau individual de aderência às crenças, doutrinas e práticas de uma religião (BARKER; WARBURG, 1998). Expressão congénere de experiência religiosa (GEERTS, 1990), refere-se à extensão pela qual um indivíduo acredita, segue e

pratica uma dada doutrina religiosa, perspectivada entre os seus dois pólos reguladores – as crenças e os ritos (MÓNICO, 2021).

James (1902/1985) define a religiosidade como “o conjunto de sentimentos, atos e experiências do indivíduo, na sua solidão, enquanto se situa numa relação ao que é por ele considerado divino.” (JAMES, 1985, p. 50). De facto,

[...] a religiosidade pode introduzir-se, por um lado, de uma maneira amplamente formalista, não refletida, ditada pelos costumes, assumida como um dos elementos das tradições familiares populares, mas também pode ser, por outro lado, acentuadamente individual, com um enfrentar pessoal e uma formação nuclearizada em determinados centros de gravidade específicos, a partir das próprias perguntas, concepções, necessidades e ideais. (GROM, 1994, p. 31).

Tanto a religião como a religiosidade possuem uma manifestação traduzida na espiritualidade, ou seja, no reconhecimento de uma força não-material que transcende todos os afazeres, humanos e não-humanos, consubstanciada na procura de significado, unidade, ligação e transcendência humana (PARGAMENT, 1997). Já Otto (1917/1992) falava de um instinto religioso no ser humano: “a disposição que a razão do homem trazia consigo desde o aparecimento da espécie humana na história tornou-se, em parte sob a ação excitativa de certos dados exteriores, em parte por um impulso interior, um instinto, o instinto religioso.” (OTTO, 1992, p. 153).

Na verdade, os conceitos de espiritualidade e de religiosidade comungam de uma considerável sobreposição (TAYLOR, 1998), não se registando consenso quanto à delimitação conceptual do primeiro (BARROS, 2008). Embora muitos autores se refiram à prática religiosa e à religiosidade utilizando a expressão espiritualidade, as primeiras diferem desta última pela alusão a um sistema doutrinário, específico, de adoração a um deus e outras deidades, partilhado com um grupo (KOENIG, 1998; YUEN, 2007). Adotando a definição de Ellison (1983), consideramos espiritualidade o

conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material, com a suposição de que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo a questões como o significado e sentido da vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa. (ELLISON, 1983, p. 331).

Em conformidade, Barros (2008) especifica que

espiritualidade provém do étimo latino *spiritus/spirare* que significa respiração, sopro, alma, vida; espiritualidade é o que dá vida, animação, consciência, o que vai para além do corpo, o que nos relaciona com o divino. Assim, a espiritualidade pode considerar-se uma tentativa de autotranscendência e auto-realização e como busca existencial de significado. (BARROS, 2008, pp. 28-29).

Nestas aceções, e conceptualizando o espírito como a componente imaterial, intelectual e moral do ser humano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), a espiritualidade traduz-se na procura de significado da e para vida e dos propósitos de determinadas ocorrências individuais, não se restringindo a alguns tipos de crenças e/ou de práticas religiosas (BARKER; WARBURG, 1998). Significa “uma perspetiva mais alargada do que o simplesmente religioso, embora naturalmente a religiosidade seja uma forma de espiritualidade, a par de outras porventura menos estruturadas ou institucionalizadas.” (SANTOS, 2006, p. 29).

## 2 Funções da religião

A primeira e a principal função, segundo Valle (1998), é a de *criar sentido*, ou seja, a de “dizer a natureza e o valor das coisas, revelando, no fundo, as verdades perdidas pelos meios de conhecimento e avaliação mais diretamente racionais.” (VALLE, 1998, p. 179). A segunda função é a de *criar soluções*, “não só espirituais como também para dar respostas aos impasses e carências materiais do quotidiano. É uma função pragmática e redutiva, que pode facilmente eclipsar outras mais nobres.” (VALLE, 1998, p. 179). A terceira função é a de *criar identidades*. “Os universos simbólicos e as linguagens plurais das culturas urbanas não permitem, de si, nichos, mentalidades e comportamentos fechados.” (VALLE, 1998, p. 179); os indivíduos têm, forçosamente, de pertencer a algo, identificar-se com uma instituição, uma equipa de futebol, um partido, uma crença, uma comunidade religiosa. À semelhança da cultura (MARTINS-BORGES; LODETTI; JIBRIN; POCREAU, 2019), a religião tem-se configurado como elemento organizador do social.

Nas múltiplas definições que existem da religião, apreendemos uma identificação com a sociedade, focalizando-se nos seus efeitos integrativos

(BARKER; WARBURG, 1998; TAYLOR, 1998). Os humanos possuem um desejo de autocompreensão, tanto do mundo que os rodeia como de avaliar e justificar as suas ações. Para Durkheim, (1912/1985), esta característica conduz à formação de organizações religiosas, bem como à ‘especialização’ de atividades religiosas:

Se a religião deu origem ao nascimento de tudo aquilo que é essencial na sociedade, é porque a ideia de sociedade é a alma da religião. As forças religiosas são, por conseguinte, forças humanas, forças morais. (DURKHEIM, 1912/1985, pp. 418-419).

Durkheim (1912/1985) foi, de facto, um dos primeiros sociólogos a apontar a religião como elemento unificador das comunidades (BROWN, 1987; COLLINS, 1997). Segundo o autor, a religião consistia numa força necessária para a sobrevivência social, apresentando-se como centro da sociedade e elemento facilitador da coesão. Evitadora do caos e do individualismo, a religião proporcionava uma (con)vivência mais equilibrada e harmoniosa dos indivíduos em sociedade. A preocupação central de Durkheim no estudo da religião consistia em apurar o papel desempenhado por esta na manutenção da ordem social, bem como o modo como as crenças e os rituais religiosos mantinham as pessoas unidas, conferindo-lhes um senso de unidade, identidade, solidariedade e partilha de valores:

Uma religião é um sistema unificado de crenças e práticas referente a coisas sagradas, ou seja, coisas reservadas e proibidas – crenças e práticas que unificam numa comunidade moral única, designada por Igreja, todos aqueles que a elas aderem. (DURKHEIM, 1912/1985, p. 47).

Para Durkheim, a essência da religião não consistia na ideia mas, antes, na força: “O fiel que entrou em comunhão com o seu Deus não é meramente um homem que vê novas verdades que o descrente ignora.” (DURKHEIM in ALVES, 1984, p. 64). Por intermédio dessa partilha, o fiel fortaleceu-se: “Ele sente, dentro de si, mais força, seja para suportar os sofrimentos da existência, seja para vencê-los.” (DURKHEIM in ALVES, 1984, p. 64).

Enquanto discípulo de Hall (considerado o primeiro psicólogo da religião, 1904), Leuba (1986), desenvolvendo estudos com adolescentes e baseando-se nos princípios biológicos evolucionistas e na filosofia positivista, advoga que a

religião resulta da luta pela sobrevivência: o homem vê a necessidade biológica de lutar contra os poderes que o ameaçam, e procura refúgio em esferas superiores. Para satisfazer as suas necessidades biológicas, afirma a existência de outros seres e o seu contacto (in)directo com eles (LEUBA, 1986), daí a religião ser considerada, por alguns autores, como um processo normal e natural do crescimento cognitivo (ELKIND, 1970).

Também Freud (1856-1939) se debruçou sobre a religião, colocando sobre esta as interrogações centrais ‘para que serve’ e ‘que futuro tem’. Desenvolvendo estudos sobre a psicologia das massas e os comportamentos de identificação ao líder do grupo, procede a um paralelismo com o catolicismo: com a ilusão de se sentir querido pelo líder, o indivíduo compensa, pela vida social, as limitações criadas pelo princípio do prazer. Na religião, este mecanismo identificatório adquire uma dupla função: a de compensação (na vida terrena e na promessa de uma vida além-morte), satisfazendo as necessidades humanas de significado e segurança, e a de focalização da agressividade para com os membros do exogrupo. Posteriormente, com a evolução cultural, Freud (1927/1978) aponta um conjunto considerável de restrições ao indivíduo, que lhe imputam culpabilidade e conduzem à perda da felicidade. É nesta situação que a religião, baseada em promessas futuras, salva o homem do seu mal-estar, de uma possível neurose individual (pela dificuldade de aceitação da realidade), embora com um custo elevado de restrições éticas.

Um pouco mais tarde, Rollo May (1909-1994) vem reforçar o carácter utilitarista da religião. Para May,

a verdadeira religião, compreendida como uma descoberta e uma afirmação, com um significado último, e um propósito individual no processo de vida como um todo, é essencial para uma personalidade saudável. (MAY *apud* WULFF, 1997, p. 625).

O humanista acrescenta que

a religião pode ser igualmente uma fonte de forças ou um refúgio para as fraquezas. De acordo com as capacidades espirituais humanas para o bem e para o mal, a religião pode fortalecer o senso individual de uma personalidade digna e valorativa, promovendo a afirmação de valores na vida e fomentando o desenvolvimento de uma consciência ética e da responsabilidade pessoal. (MAY, 1939, *apud* WULFF, 1997, p. 625).

G. Allport (1966, 1967), um dos mais influentes humanistas na Psicologia da Religião, salienta o carácter autoprotetor da religião, que abrange duas dimensões independentes, uma extrínseca e outra intrínseca. A primeira aponta para o pendor utilitarista da religião, utilizada para obtenção de benefícios pessoais e sociais: garante de segurança, autoproteção, estatuto social, consolo e apoio nas escolhas de vida. A segunda refere-se ao compromisso religioso devoto enquanto fator organizador e motivacional central na vida do indivíduo: orientada para a unificação do ser, para a fraternidade e para suprir as necessidades do *self*, a religião é perspectivada como um bem último em que a fé surge como valor supremo (SPILKA; HOOD; GORSUCH, 2018).

Posteriormente Jung, no seu livro *Psicologia da religião ocidental* (1980) e *oriental*, observando toda a espécie de manifestação do fator religioso (abrangendo as representações religiosas tanto do homem primitivo quanto as formas diversas de religiões que se manifestam nas fases mais avançadas da cultura humana ao longo dos séculos), reconheceu as representações primordiais coletivas, que se encontram na base das diversas formas de religião, como conteúdos arquétipos da alma humana. Jung admite, na estrutura profunda da mente humana, uma potencialidade nata que impulsiona os indivíduos a procurarem Deus e, através da religião, a se relacionarem com ele. O autor demonstrou, sempre, um grande interesse pela área da religião com fins terapêuticos, equiparando-a a uma função essencial da *psyche* humana.

É uma atitude que envolve a consideração e a observação cuidadosas de certos fatores dinâmicos, que são concebidos como “poderes”: espíritos, demónios, deuses, leis, ideias, ideais, ou tudo aquilo que o homem designou como fatores no mundo que ele considera poderosos, perigosos ou influentes o suficiente para serem tidos em especial consideração, ou grandes, bonitos e significativos o suficiente para serem devotamente adorados e amados. (JUNG *apud* WULFF, 1997, p. 436).

Apontando as funções da religião, Geertz (1966) refere que esta proporciona aos indivíduos uma visão partilhada do mundo, persuasiva e significativa, ao passo que Perry (1973, *apud* ÁVILA, 2003, p. 21) que “a religião se ocupa da maneira como um indivíduo conduz a vida, as suas necessidades íntimas, ideais, desolações, consolações, fracassos, êxitos. ”. Por sua vez, Jones (1979) salienta a tripla função que a religião exerce no meio, face aos perigos com

que o Homem se defronta: reconcilia-o com a crueldade do destino, exorciza os terrores da natureza e compensa as privações da vida social civilizada. Assim, se entrecruzam os sentimentos internos humanos de desproteção com as necessidades objetivas de segurança.

Afastando-se de uma ênfase exclusiva no papel social, Max Weber (1920/2006), realça o significado da religião para os indivíduos, atribuindo-lhe “um papel estruturado que promove padrões comuns de significado, através de mitos e símbolos que racionalizam as nossas interpretações do mundo.” (BROWN, 1987, p. 92). Weber entende a religião como parte significativa do comportamento humano e explica a sua influência noutras alçadas de atividade como a ética, a economia e a política (COLLINS, 1997).

William James (1902/1985) também se pronuncia sobre a religião, dizendo que esta “não é a única coisa necessária. Mas é necessária com o resto.” (JAMES *apud* ÁVILA, 2003, p. 20-21) e propõe uma explicação psicológica para a sua existência em todas as sociedades: uma fé otimista, feliz, extrovertida, social, um espírito saudável associado à tendência em conceptualizar as ocorrências de vida como positivas. No discurso de James (1902/1985), as almas doentes também são necessárias, na medida em que as más experiências revelam-se essenciais no caminho das pessoas – uma fé de pessimismo, sofrimento e mágoa, que conduzirá à entrada da religião como um caminho para a salvação humana (SPILKA *et al.*, 1985). James (1985, p. 49) conclui, assim, que “a religião [é] um órgão essencial da [...] vida, desempenhando uma função que nenhuma outra parte da nossa natureza consegue com tanto sucesso.”

### **3 Espiritualidade/religiosidade, saúde e bem-estar**

Diversos estudos têm demonstrado a influência da espiritualidade/religiosidade na saúde e bem-estar das pessoas. Em 1998, a OMS (Organização Mundial de Saúde) definiu saúde como o “estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.” Esta definição veio despertar a investigação do conceito multidimensional de saúde com inclusão da dimensão espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Até ao envolvimento desta

dimensão não material de saúde pela OMS, a medicina ocidental apresentava, basicamente, duas posturas em relação ao assunto: negligência, por considerar a temática insignificante e à margem da área de interesse e intervenção; e oposição, ao caracterizar a experiência religiosa dos doentes como sintoma, não raras vezes, de psicopatologia, opondo-se à perspectiva da prática medicinal oriental, que sempre visou a interligação entre a dimensão espiritual/religiosa e o equilíbrio do indivíduo, incluindo os fatores promotores de saúde (FABREGA, 2000; MÓNICO, 2011, 2021).

As primeiras investigações sobre a associação entre espiritualidade e saúde atribuem-se a Osler que, em 1910, advertiu para a necessidade de os profissionais de saúde estarem despertos para a fé dos seus pacientes. A partir dessa data múltiplos estudos foram conduzidos neste domínio, encarando-se religião e espiritualidade, simultaneamente, como sendo benéficas, irrelevantes ou mesmo arriscadas para a saúde, questão decorrente do fosso frequente entre a ciência e a religião (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016; NODDINGS, 2008). Resumidamente, cerca de 81% dos estudos referem a existência de benefícios resultantes da espiritualidade/prática religiosa, 15% encontram efeitos neutrais e 4% encontraram efeitos adversos (SKILL; ROBINSON; LYONS; LARSON, 1994).

Koenig, King e Carson (2012) reviram mais de 3300 estudos sobre a relação entre espiritualidade e saúde. Uma multiplicidade de autores encontrou associações positivas com a autopercepção da saúde, vitalidade e qualidade de vida (v.g., MOWAT; RYAN, 2002; TALLEY; MAGIE, 2014). Outros reportaram correlações positivas entre a religiosidade e a diminuição do início da doença ou uma recuperação mais favorável (CAN ÖZ; DURAN, 2021; CURLIN et al., 2007). No referente aos índices de mortalidade, os estudos apontam para um elo entre espiritualidade e longevidade (MCCULLOUGH; HOYT; LARSON; KOENIG; THORESEN, 2000). A participação assídua em atividades religiosas associou-se em 25% à redução de mortalidade (POWELL; SHAHABI; THORESEN, 2003), sendo estes estudos documentados para diversas causas de morte (KARK; SHEMI; FRIEDLANDER, 1996; STRAWBRIDGE; COHEN, SHEMA; KAPLAN, 1997), de onde realçamos a mortalidade por enfermidade cardiovascular ou cancerígena (POWELL et al., 2003; SPRINGER et al., 2021). Recentemente,

Margaça e Rodrigues (2021) encontraram, numa amostra de idosos, diferenças significativas entre a frequência de participação em celebrações religiosas e os níveis de funcionamento mental e bem-estar, apesar de não terem encontrado relação entre os níveis de religiosidade e o funcionamento mental.

A investigação mostra, também, que a espiritualidade/religiosidade influencia o início, curso e fim de uma enfermidade. Pessoas com antecedentes de práticas religiosas manifestaram maior longevidade, estilos de vida mais saudáveis e menor incidência de doenças letais (KOENIG *et al.*, 2012; SALSMAN; BROWN; BRECHTING; CARLSON, 2005). Comparativamente a religiosos praticantes, pessoas não religiosas foram associadas a maiores índices de mortalidade no referente a enfartes (FREEDLAND, 2004), hipertensão (LARSON; KOENIG; KAPLAN; LEVIN, 1989), enfisema pulmonar e arteriosclerose (ZUCKERMAN; KASL; OSTERFIELD, 1984), esclerose múltipla, cirrose, artrites, osteoporose, colites e doenças cancerígenas (GORDON, FELDMAN; CROSE; SCHOEN; GRIFFING; SHANKAR, 2002; MCCAULEY; TARPLEY; HAAZ; BARTLETT, 2008). A religiosidade também foi associada a maior tolerância à dor (BeNYAMINI, 2005), redução dos insucessos no combate à doença, recuperação mais favorável e maior tempo de sobrevivência (BEN-ARYE; STEINMETZ; EZZO, 2007; O'CONNEL; SKEVINGTON, 2005).

Uma investigação conduzida em nove países europeus apurou uma relação de magnitude elevada entre a frequência de oração em adultos e as diversas dimensões da saúde (HANK; SCHAAN, 2008). Este resultado levou os autores a sugerirem a religião como um dos fatores relevantes a explorar em estudos futuros sobre a saúde dos idosos na Europa. Apurou-se, também, uma associação positiva entre a prática da oração e o bem-estar subjetivo nos nove países, tendo alguns autores passado a recomendá-la como forma de terapia ocupacional (FARAH; MCCOLL, 2008; MALTBY; LEWIS; DAY, 2008).

No referente à saúde mental, verifica-se que a religiosidade se associa mais à alta de uma dada patologia do foro mental do que à mortalidade e diminuição da patologia física (KOENIG, 1999; KOENIG *et al.*, 2012). Efetivamente, a investigação aponta para a redução do começo, bem como para melhorias ao nível da depressão e transtornos de ansiedade (BERG *et al.*, 2013; (KOENIG, 1999;

KOENIG et al., 2012; TALLEY; MAGIE, 2014; PARENTE; RAMOS, 2018; ROGER; HATALA, 2017). Comparativamente a pessoas religiosas, as não religiosas são mais frequentemente diagnosticadas com transtornos psicológicos, depressão suicídio e baixa autoestima (KOENIG, 1999; KOENIG et al., 2012; NAD; MARCINKO; VUKSAN-AEUSA; JAKOVLJEVIC; JAKOVLJEVIC, 2008; SALSMAN et al., 2005).

Dalgalarrondo (2007) verificou que, comparativamente a doentes cardíacos, doentes do foro psiquiátrico procuravam mais frequentemente Igrejas pentecostais (designadamente 2.5 % vs. 45% dos casos), bem como procuravam mais a cura dos seus problemas por prática e envolvimento religioso (35% dos casos). Também em Cabo Verde é usual a procura de terapias alternativas para problemas do foro mental, buscando ajuda nos movimentos religiosos "Racionalismo Cristão" e Igrejas Pentecostais (MATEUS, 1998, in op cit, p. 31), ocorrendo algo semelhante no Brasil (DALGALARRONDO, 2007). Assim, na opinião de alguns autores, psicólogos e psiquiatras, professando ou não uma religião, devem ter em conta a dimensão espiritual do ser humano para melhor compreenderem e ajudarem os seus pacientes, sendo este um novo desafio que se coloca no desenvolvimento dos seus trabalhos (BARTOLI, 2007; BEZERRA et al. 2022; EMMONS; PALOUTZIAN, 2003).

Diversa é também a literatura que reporta os correlatos entre religiosidade/espiritualidade e o bem-estar e qualidade de vida. O bem-estar subjetivo pode definir-se como um domínio do bem-estar global, avaliado a partir da satisfação com a vida e da felicidade (CLEMENTE; FRAZÃO; MÓNICO, 2012; CLEMENTE; FRAZÃO; MÓNICO, 2013). Pessoas que se afirmam crentes em Deus tendem a apresentar maior satisfação com a vida, bem-estar subjetivo, autoestima e a serem mais otimistas (MÓNICO, 2021). São ainda descritos como mais felizes, com maior estabilidade familiar, satisfação conjugal, menor índice de divórcio (FAGAN, 2006) e, inclusive, maior facilidade em alcançar os seus objetivos de vida (MATON; WELLS, 1995). Mónico (2012, 2013) verificou que idosos saudáveis apresentavam uma correlação positiva entre religiosidade e otimismo, essencialmente ancorado em fatores intrínsecos.

O bem-estar espiritual pode ser conceptualizado como a satisfação da relação pessoal com um ser superior, ao qual se atribui o significado e propósito da vida pessoal (BANKS, 1980). Um dos fatores que auxilia na resistência aos efeitos negativos do stress é, precisamente, o bem-estar espiritual. Tem sido considerado como promotor da sanidade psicológica entre os que vivem sob condições opressivas (HOPPS; PINDERHUGHES; SHANKAR, 1995), utilizado como estratégia de coping em situações indutoras de stress (PARENTE; RAMOS, 2018; RIDNOUR; HAMMERMEISTER, 2008) e encarado como um preditor positivo da recuperação em doentes do foro psiquiátrico (CAN ÖZ; DURAN, 2021).

Não obstante os estudos que realçam a associação entre espiritualidade/religiosidade e saúde e bem-estar sejam abundantes, existem poucos estudos com amostras de pacientes com doenças mentais graves. Um estudo sobre os efeitos da espiritualidade e religiosidade em pacientes com problemas mentais, institucionalizados numa organização religiosa ou meramente pertencentes à população geral mostrou que ambas as variáveis estavam positivamente associadas ao bem-estar psicológico e à redução de sintomatologia psiquiátrica (CORRIGAN; MCCORKLE; SCHELL; KIDDER, 2003). A religiosidade foi mensurada através da participação numa doutrina institucionalizada, ao passo que a espiritualidade foi operacionalizada pela busca individual de significado fora da experiência imediata do mundo real. Os indivíduos que se descreveram como religiosos encontravam-se menos propensos a problemas de ansiedade, depressão ou outros sintomas psiquiátricos, revelando-se atuantes mais convictos e com maior bem-estar psicológico no dia-a-dia. Outro estudo encontrou em pessoas religiosas um decréscimo da solidão, problemas depressivos e dificuldades de sono comparativamente aos que indicavam não adotar qualquer tipo de prática religiosa (GONNERMAN; LUTZ; YEHIELI; MEISINGER, 2008).

Relativamente à questão da prevenção da enfermidade, Levin e Chatters (1998) apelam para a importância da espiritualidade em termos de possíveis mecanismos psiconeuroimunológicos e psicofisiológicos na promoção da saúde e, especificamente, na saúde mental.

#### 4 Prevenção do risco e estratégia de *coping*

A literatura aponta para evidências de que a espiritualidade constitui um fator de proteção, tanto em questões de ordem médica quanto em problemas do foro psicológico, educação e intervenção comunitária. Embora na maioria destes estudos sejam não-experimentais, os mais consistentes prendem-se com os efeitos da religiosidade na promoção da saúde, através da redução de fatores de risco e promoção de hábitos saudáveis (KOENIG *et al.*, 2012). Existe uma associação negativa entre um estilo de vida espiritual e a incidência de fatores de risco para doenças (MARTIN; CARLSON, 1988). Pessoas religiosas têm menor tendência a consumos de risco e a comportamentos de risco (WALLACE; FORMAN, 1998).

Crianças que praticam uma religião foram avaliadas por pais e professores como menos impulsivas (MCCULLOUGH; BOKER, 2007). No que toca aos adolescentes, investigações conduzidas em meio escolar apuraram que as práticas religiosas se revelaram fatores de proteção face aos problemas sociais (REGNERUS; ELDER, 2003). A religiosidade constitui um fator de proteção nos jovens com relação à criminalidade, delinquência, pobreza, uso de drogas e alcoolismo (SAUNDERS; LUCAS; KURAS, 2007; AFIFI *et al.*, 2020), bem como o nível do suicídio (KASSEM; HADDAD; HALLIT; KAZOUR, 2020) comportamentos desviantes, gravidez indesejada, permissividade sexual e comportamentos sexuais de risco (BARRETT; PEARSON; MULLER; KENNETH, 2007). Jovens que afirmam praticar uma dada religião iniciam a sua atividade sexual mais tardiamente (REGNERUS; ELDER, 2003). Uma maior proximidade à religião associa-se positivamente a um melhor relacionamento e comunicação entre mãe e filho, incluindo maior proximidade, menor agressão verbal e estratégias de resolução de conflitos mais adequadas (BRELSFORD; MAHONEY, 2008).

Kamya (2000) assinala a relevância de trabalhar na área da educação social para o bem-estar espiritual. Assim como os estudantes de educação social necessitam de aprender novas atitudes multiculturais e de serem sensibilizados para as problemáticas do género, discriminação racial e outros aspetos de

diversidade, os profissionais das ciências humanas devem promover atitudes multiculturais no referente ao bem-estar espiritual.

No que toca à relação entre crenças religiosas e ansiedade face à pandemia por COVID-19, Rigoli (2021) constatou que em indivíduos com fortes crenças religiosas, níveis mais elevados de ansiedade em relação ao coronavírus foram associados a um fortalecimento das crenças religiosas. Por outro lado, em indivíduos não-crentes, níveis de ansiedade mais elevados em relação ao coronavírus foram associados a um aumento do ceticismo em relação às crenças religiosas.

A religiosidade pode também funcionar como recurso interno para entendimento e gestão de situações críticas na vida da pessoa. Alguns estudos realçam os efeitos da espiritualidade ao nível de estratégias de coping não religiosas, evidenciando a resolução de problemas e a redução de sintomas de angústia (KOENIG *et al.*, 2012).

De facto, diversos estudos apontam que religião e a espiritualidade conduzem a melhores estratégias de coping (ANO; VASCONCELLES, 2005; PARGAMENT; BRANT, 1998; PARENTE; RAMOS, 2018; WONG-MCDONALD; GORSUCH, 2000), revelando-se grandes aliadas no manejo da doença crónica (ROGER; HATALA, 2017), assim como na esperança de recuperar de uma doença cancerígena (SABANCIOGULLARI; YILMAZ, 2021), e ainda em doentes em estado terminal (DAALEMAN; WILLIAMS; HAMILTON; ZIMMERMAN, 2008; PARGAMENT *et al.*, 2012).

Margaça e Rodrigues (2019) discutem a espiritualidade enquanto via de promoção da resiliência de adultos e idosos, tendo encontrado uma associação positiva, sobretudo em idosos. Em plena pandemia por COVID-19, numa amostra da população turca, Yildirim e colaboradores (2021) constataram que pontuações mais elevadas no *Meaning in Life Questionnaire* estavam associadas a estratégias mais positivas de coping religioso, bem como a menor solidão.

## 5 Terapêuticas religiosas?

As associações positivas encontradas com o bem-estar subjetivo e a satisfação na vida podem explicar-se pelo facto de a religiosidade possibilitar ao indivíduo um recurso interno para o manejo e entendimento de situações existenciais críticas tais como o sofrimento, o abandono, as perdas e a morte. Vislumbra-se, assim, a religiosidade como um recurso psicossocial individual e comunitário.

Num inquérito sobre atitudes e crenças de médicos sobre a espiritualidade/religiosidade dos pacientes, cerca de 90% dos inquiridos anuíram que deveriam ter conhecimento acerca das crenças espirituais/religiosas dos seus pacientes (BERG *et al.*, 2013). No contexto da prática clínica, constata-se, grosso modo, uma falta de preparação dos profissionais de saúde para lidar com as questões da religiosidade/espiritualidade dos pacientes, optando por ignorá-las. A falta de conteúdos programáticos nos currículos dos diversos cursos superiores ligados à saúde tem contribuído para a perpetuação desta realidade. Os profissionais da saúde mental não têm por hábito perguntar acerca da religiosidade dos seus pacientes (HILL; PARGAMENT, 2003) o que, segundo Bartoli (2007), constitui uma falha na aplicação, com fins terapêuticos, de um poderoso recurso, que é totalmente desaproveitado.

Na verdade, muitos têm sido os autores que defendem que nas próprias escolas de saúde deveria ser ensinado aos futuros profissionais como identificar e em que medida poderiam utilizar-se as necessidades espirituais dos doentes em aconselhamento terapêutico (D'ANDREA; SPRENGER, 2007), com vista à melhor recuperação das enfermidades e promoção de saúde (HILL; PARGAMENT, 2003; KOENIG *et al.*, 2012). A título de exemplo, Fagan (1996) refere que na recuperação de problemas causados pelo alcoolismo, drogas e separações, as crenças e práticas religiosas revelam-se fontes de força. Mónico (2011, 2021) aponta também para a religiosidade enquanto estratégia de coping para superar adversidades. Surge, assim, a expressão terapêuticas religiosas, para se referir ao conjunto de terapias vinculadas a alguma religiosidade ou mesmo instituição religiosa. Como refere Fagan (1996), as práticas religiosas regulares constituem um bem individual e social, assim como uma poderosa resposta a

problemas sociais significativos. Além do mais, estão acessíveis a todos e não implicam custos.

Uma *scoping review* recente, que visava mapear a espiritualidade no ensino em saúde, detetou, entre 12 artigos analisados, oito propostas metodológicas de educação em saúde e espiritualidade, vislumbrando a espiritualidade como mais uma ferramenta de capacitação dos profissionais em lidar com os pacientes, sobretudo em determinadas patologias e estados da doença (SILVA; SILVEIRA; GUETTER; FRANCO; SANCHES, 2022). Também Bezerra *et al.* (2022), numa revisão integrativa da literatura, encontraram consenso sobre a importância de uma abordagem que inclua questões religiosas e espirituais no decurso do atendimento em contexto de atenção primária à saúde. Referiram, porém, a necessidade de um modelo sistemático de ação com vista ao tratamento baseado nas práticas espirituais e religiosas dos pacientes.

## **6 Prevenção do risco e estratégia de *coping***

Cientes da imensidão de referências e do carácter multidisciplinar subjacente à religião, permitimo-nos rever neste artigo alguma literatura sobre esta vasta e polémica área de estudo, incidindo sobre as funções da religião, espiritualidade e religiosidade e suas ligações com a saúde e o bem-estar.

A religião tem sido encarada como um sistema de representações e símbolos culturalmente partilhados, organizado em crenças relativas a uma ou várias deidades que transcendem a experiência humana e em relação às quais as pessoas prestam devoção através de um conjunto práticas religiosas (MÓNICO; MACHADO; ALFERES, 2018). Tal sistema, para além da dimensão pessoal e existencial, estabelece a ligação com o grupo, com a ecologia ambiental e, de um modo geral, com a humanidade (MÓNICO, 2011, 2015, 2021).

A abordagem da espiritualidade e dos conceitos que a especificam tem-se revelado uma questão tão complexa quanto sensível, evidenciando dificuldades teóricas na delimitação das noções de crença, espiritualidade e religiosidade. A espiritualidade/religiosidade é indissociável da própria existência humana. Tem desempenhado múltiplas funções, desde conferidora de sentido à vida,

auxiliadora na procura de respostas a questões concretas e a vicissitudes existenciais, bem como ponto de ancoragem para questões identitárias. Houf, na obra clássica *What religion is and does: An introduction to the study of its problems and values* (1945), faz uma súpula das funções da religião: assegurar aos indivíduos uma ajuda superhumana (sobretudo em períodos de crise), retratar a natureza e o problema do “mal” nas sociedades, viabilizar um caminho para a salvação, proceder à integração da personalidade, fornecer oportunidades de entendimento e aceitação do sentido da vida, adquirir domínio sobre o *self*, constituir um modelo de vida individual e grupal e, por último, sustentar os valores morais. Mais tarde, Pargament, Koenig e Pérez (2000) sintetizam como principais as seguintes funções da religião: controle, atribuição de significado, intimidade, conforto, espiritualidade e transformação da vida.

De forma geral, os estudos têm apontado para efeitos benéficos da dimensão espiritual/religiosa do ser humano em termos de saúde, bem-estar, qualidade de vida, prevenção de comportamentos de risco, manejo de situações críticas (sofrimento, abandono, perdas, morte), bem como ao nível da intervenção social e comunitária. Centrada nestas evidências empíricas, a *American Psychological Association* reconheceu, em 2002, o valor da religiosidade/espiritualidade nas intervenções clínicas, incluindo a Psicologia. Com efeito, muitos destes benefícios têm sido atribuídos a regras impostas às pessoas religiosas, bem como ao apoio social que recebem dos membros do respetivo grupo (MCCULLOUGH; BOKER, 2007).

Alguns autores aconselham um reenquadramento das áreas da saúde e bem-estar, adotando a religião como aliado, sobretudo na velhice, na medida em que as crenças religiosas interferem na saúde (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019). Conjuntamente com a educação e o serviço social, defendem a religiosidade com vista à melhoria da condição humana, numa abordagem etnopsiquiátrica (MARTINS-BORGES *et al.*, 2019). Atenda-se, porém, à advertência de Rémond (2005): o historiador opina que fazer da religião uma espécie de terapia com o objetivo de procurar e atingir o bem-estar físico e psicológico é uma forma de instrumentalizar a religião, é não perceber a sua essência. A religião, qualquer que ela seja, não consiste em técnica alguma que se possa utilizar para curar

doenças do corpo e do espírito, ou resolver problemas pontuais da vida. A religião é, para os crentes, uma forma de viver, uma totalidade, em que a relação com Deus é “única e privilegiada, não se reduzindo a não sei que busca de realização pessoal.” (RÉMOND, 2005, p. 53).

Efetivamente, a abordagem sobre a religião e a espiritualidade, e todos os conceitos que a envolvem, é uma questão tão complexa quanto sensível, tal como a sua própria abordagem metodológica. Ressaltamos as possíveis limitações metodológicas de algumas investigações referentes às repercussões da religiosidade (MARGAÇA; RODRIGUES, 2019), designadamente a possibilidade de *confounding* entre a variável espiritualidade ou religiosidade e o estado inicial de saúde dos participantes ou outras características genéticas, sociodemográficas e estilos de vida (MÓNICO, 2021).

É devido às funções que a religião desempenha que diversos autores se fundamentam para justificar a procura sistemática desta, pouco importando, segundo estes, os efeitos da secularização ou os equivalentes funcionais dos grupos religiosos; para estes autores (v.g., GAUCHET, 1997; MERRIAM-WEBSTER, 1999; MÓNICO, 2021; PANZINI; BANDEIRA, 2007; PARGAMENT, 1997; ROCHA BORGES; FLECK, 2002; WEAVER; SAMFORD; LARS ON, LUCAS; KOENIG; PATRICK, 1998; WONG-MCDONALD; GORSUCH, 2000), a religiosidade desempenha funções psicológicas vitais, na medida em que pode encarar-se como um recurso psicossocial individual e comunitário (FABREGA, 2000).

Para além das funções da Religião e da espiritualidade/religiosidade, referidas neste artigo, e da imensidão do universo religioso que integra realidades culturais e formas internas distintas, podemos estabelecer parâmetros de comparação entre a diversidade das religiões e identificar-lhes funções transversais, tais como o vínculo que procuram estabelecer a valores humanitários. Não podemos, com efeito, menosprezar a dupla faceta da religião e a complexidade dos seus extremos: um para o bem e fraternidade, outro para o mal e fanatismo. Encontramos ainda, nos dias hoje, uma função bipolar para a religião: para unir ou para dividir e para contribuir para a integração ou para o conflito social, que não podemos ignorar.

## REFERÊNCIAS

- AFIFI, R. A.; ASMAR, K.; BTEDDINI, D. *et al.* Bullying Victimization and Use of Substances in High School: Does Religiosity Moderate the Association? **Journal of Religion and Health**, v. 59, p. 334-350, 2020.
- ALLPORT, G. W. The religious context of prejudice. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 5, p. 457-477, 1966.
- ALLPORT, G. W. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, n. 4, p. 432-443, 1967.
- ALVES, R. A. **O que é religião?** São Paulo: Brasiliense, 1984.
- ANO, G. G.; VASCONCELLES, E. B. Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 61, p. 461-480, 2005.
- ÁVILA, A. **Para conocer la psicología de la religión.** Navarra: EVD, 2003.
- BANKS, R. Health and the spiritual dimension: Relationships and implications for professional preparation programs. **Journal of School Health**, v. 50, n. 4, p. 195-202, 1980.
- BARKER, E.; WARBURG, M (eds.). **New religions and new religiosity.** Springfield, Ma: Aarhus University Press, 1998.
- BARRETT, J. B.; PEARSON, J.; MULLER, C.; KENNETH, A. F. Adolescent religiosity and school contexts. **Social Science Quarterly**, v. 88, n. 4, p. 1024-1038, 2007.
- BARROS, J. **Psicologia do idoso.** Porto: Livpsic, 2008.
- BARTOLI, E. Religious and spiritual issues in psychotherapy practice: Training the trainer. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 44, n. 1, p. 54-65, 2007.
- BEN-ARYE, E; STEINMETZ, D.; EZZO, J. Two women and cancer: The need for addressing spiritual well-being in cancer care. **Families, Systems, and Health**, v. 25, n. 1, p. 1-9, 2007.
- BENYAMINI, Y. Can high optimism and high pessimism co-exist? Findings from arthritis patients coping with pain. **Personality and Individual Differences**, v. 38, n. 6, p. 1463-1473, 2005.
- BERG, G. M; CROWE, R. E; BUDKE, G.; NORMAN, J.; SWICK, V.; NYBERG, S.; LEE, F. Kansas physician assistants' attitudes and beliefs regarding spirituality and religiosity in patient care. **Journal of Religion and Health**, v. 52, n. 3, p. 864-876, 2013.

BEZERRA, G. A.; SILVA, J. P.; NÓBREGA, R. J.; SIEBRA, I. R.; BEZERRA, A. M.; BRITO, N. S.; MACHADO, L. D.; SOUZA, N. K.; SANTANA, K. F. Espiritualidade e religiosidade na atenção primária a saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 5, p. 10080, 2022.

BOZEK, A.; NOWAK, P. F.; BLUKACZ, M. The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. **Frontiers in Psychology**, v. 11, p. 1-13, 2020.

BRELSFORD, G. M.; MAHONEY, A. Spiritual disclosure between older adolescents and their mothers. **Journal of Family Psychology**, v. 22, n. 1, p. 62-70, 2008.

BROWN, L. B. **The psychology of religious belief**. London: Academic Press, 1987.

BROWN, L. B. **The psychology of religion: An introduction**. London: Hollen Street Press, 1988.

CAN ÖZ, Y.; DURAN, S. The Effect of Spirituality on the Subjective Recovery of Psychiatric Patients. **Journal of Religion and Health**, v. 60, p. 2438–2449, 2021.

CLEMENTE, D. F.; FRAZÃO, A. A.; MÓNICO, L. S. Bem-estar subjetivo em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *In: POCINHO, R. et al. (eds.). Envelhecer em tempos de crise: respostas sociais*. Porto: LivPsic, 2012. p. 39-50.

CLEMENTE, D.; MÓNICO, L. S.; FRAZÃO, A.; LUCAS, H. Bem-estar subjetivo na 3ª idade: estudo comparativo nas respostas sociais lar e serviço de apoio domiciliário. *In: SOUZA, D. N. e; RUA, M. S.; Teixeira, H. (coord.). Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança*. Aveiro: CIDTFF, 2013. p. 403-408.

COLLINS, R. Stark and Bainbridge, Durkheim and Weber: Theoretical comparisons. *In: YOUNG, L. A. (org.). Rational choice theory and religion: Summary and assessment*. New York: Routledge, 1997. p. 161-180.

CORRIGAN, P.; MCCORKLE, B.; SCHELL, B.; KIDDER, K. Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. **Community Mental Health Journal**, v. 39, n. 6, p. 487-499, 2003.

COSTA, J. Secularização e espaço público. **Comunicação e Sociedade**, v. 11, p. 185-191, 2007.

CURLIN, F. A.; LAWRENCE, R. E.; ODELL, S.; CHIN, M. H.; LANTOS, J. D.; KOENIG, H. G.; MEADOR, K. G. Religion, spirituality, and medicine: Psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. **American Journal of Psychiatry**, v. 164, n. 12, p. 1825-1832, 2007.

DAALEMAN, T; WILLIAMS, C; HAMILTON, V. L; ZIMMERMAN, S. Spiritual care at the end of life in long-term care. **Medical Care**, v. 46, n. 1, p. 85-91, 2008.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 1, p. 25-35, 2007.

D'ANDREA D'ANDREA, L. M. ; SPRENGER, J. Atheism and nonspirituality as diversity issues in counseling. **Counseling and Values**, v. 51, n. 2, p. 149-149, 2007.

DURKHEIM, E. **Les formes élémentaires de la vie religieuse**: le système totémique en Australie. 7. ed. Paris: Quadrige, PUF, 1985.

ELKIND, D. The origins of religion in the child. **Review of Religious Research**, v. 12, p. 35-42, 1970.

ELLISON, C. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. **Journal of Psychological Theology**, v. 4, p. 330-340, 1983.

EMMONS, R. A.; PALOUTZIAN, R. F. The psychology of religion. **Annual Review of Psychology**, v. 54, p. 377-402, 2003.

FABREGA, H. Culture, spirituality and psychiatry. **Current Opinion Psychiatry**, v. 13, p. 525-530, 2000.

FAGAN, P. F. **Why religion matters**: The impact of religious practice on social stability. Washington: The Heritage Foundation, 2006.

FARAH, J.; MCCOLL, M. A. Exploring prayer as a spiritual modalit. **The Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 75, n. 1, p. 5-18, 2008.

FREEDLAND, K. E. Religious beliefs shorten hospital stays? Psychology works in mysterious ways: Comment on Contrada *et al.* (2004). **Health Psychology**, v. 23, n. 3, p. 239-242, 2004.

FREUD, S. **O futuro de uma ilusão**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Col. Os Pensadores).

GAUCHET, M. **Le désenchantement du monde**: une histoire politique de la religion. Paris: Gallimard, 1997.

GEERTS, H. An inquiry into the meaning of ritual symbolism: Turner and Peirce. *In*: HEIMBROCK, H-G.; BOUDEWIJNSE, H. B. (eds.), **Current studies on rituals**: perspectives for the psychology of religion. Amsterdam: Atlanta, 1990. p. 19-32.

GEERTZ, C. Religion as a cultural system. *In*: BANTON, M. (ed.), **Anthropological approaches to the study of religion**. London: Tavistock Publications, 1966. p. 1-46.

GONNERMAN, M. E. JR., LUTZ, G. N.; YEHIELI, M.; MEISINGER, B. K. Religion and health connection: A study of African American, protestant Christians. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 19, n. 1, p. 193-199, 2008.

GORDON, P. A.; FELDMAN, D.; CROSE, R.; SCHOEN, E.; GRIFFING, G.; SHANKAR, J. The role of religious beliefs in coping with chronic illness. **Counseling and Values**, v. 46, n. 3, p. 162-174, 2002.

GROM, B. **Psicología de la religión**. Barcelona: Editorial Herder, 1994.

HANK, K.; SCHAAN, B. Cross-national variations in the correlation between frequency of prayer and health among older europeans. **Research on Aging**, v. 30, n. 1, p. 36-54, 2008.

HILL, P. C.; PARGAMENT, K. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 64-74, 2003.

HOPPS, J.; PINDERHUGHES, E.; SHANKAR, R. **The power to care: Clinical practice effectiveness with overwhelmed clients**. New York: Free Press, 1995.

HOUF, H. T. **What religion is and does: An introduction to the study of its problems and values**. New York: Harper & Brothers, 1945.

JAMES, W. **The varieties of religious experience: A study in human nature**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1985.

JONES, E. **Vida y obra de Sigmund Freud**. 3. ed. Buenos Aires: Ed. Hormé-Paidós, 1979.

JUNG, C. G. **Psicologia da religião ocidental e oriental**. Petrópolis: Vozes, 1980.

KAMYA, H. A. Hardiness and spiritual well-being among social work students: Implications for social work education. **Journal of Social Work Education**, v. 36, n. 2, p. 231-241, 2000.

KARK, J. D.; SHEMI, G.; FRIEDLANDER, Y. Does religious observance-promote health? Mortality in secular vs. religious kibbutzim in Israel. **American Journal of Public Health**, v. 86, p. 342-346, 1996.

KASSEM, M.; HADDAD, C.; HALLIT, S.; KAZOUR, F. Impact of spirituality and religiosity on suicidal risk among a sample of lebanese psychiatric in-patients. **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, v. 25, n. 4, p. 336-343, nov. 2021.

KOENIG, H. G. How does religious faith contribute to recovery from depression? **Harvard Mental Health Letter**, v. 15, n. 8, p. 8-8, 1999.

KOENIG, H. G. (ed.) **Handbook of religion and mental health**. San Diego: Academic Press, 1998.

KOENIG, H. G.; King, D. E.; Carson, V. B. **Handbook of religion and health**. 2. Ed. New York: Oxford University Press, 2012.

LARSON, D. B.; KOENIG, H. G.; KAPLAN, B. H.; LEVIN, J. S. The impact of religion on men's blood pressure. **Journal of Religion and Health**, v. 28, p. 265-274, 1989.

LEUBA, J. H. A study in the psychology of religious phenomena. **American Journal of Psychology**, v. 5, p. 309-385, 1986.

LEVIN, J. S.; CHATTERS, L. M. Research on religion and mental health: An overview of empirical findings and theoretical issues. In: KOENIG, H. G. (ed.). **Handbook of religion and mental health**. San Diego: Academic Press, 1998. p. 33-50.

LYNN, M. L.; MOBERG, D. O. (eds.). **Research in the social scientific study of religion**. London: Jai Press, 1991. v. 3.

MALTBY, J.; LEWIS, C. A.; DAY, L. Prayer and subjective well-being: The application of a cognitive-behavioural framework. **Mental Health, Religion & Culture**, v. 11, n. 1, p. 119-129, 2008.

MARTIN, J. E.; CARLSON, C. R. Spiritual dimensions of health psychology. In: MILLER, W.; MARTIN, J. (eds.). **Behaviour therapy and religion: Integrating spiritual and behavioural approaches to change**. Newbury Park, CA: Sage, 1988. p. 57-110.

MARTINS-BORGES, L.; LODETTI, M. B.; JIBRIN, M.; POCREAU, J-B. Inflexões epistemológicas: a Etnopsiquiatria. **Fractal: revista de psicologia**, v. 31, n. esp., p. 249-255, 2019.

MATON, K.I.; WELLS, E.A. Religion as a community resource for well-being: Prevention, healing, and empowerment pathways. **Journal of Social Issues**, v. 51, p. 177-193, 1995.

MARGAÇA, C; RODRIGUES, D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. **Fractal: revista de psicologia**, v. 31, n. 2, p. 150-157, 2019.

MARGAÇA, C; RODRIGUES, D. Religiosidade e funcionamento mental em idosos portugueses: uma perspectiva sociopsicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37, e37219, 2021.

MCCAULEY, J.; TARPLEY, M. J.; HAAZ, S.; BARTLETT, S. J. Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. **Arthritis & Rheumatism**, v. 59, n. 1, 122-128, 2008.

MCCULLOUGH, M. E.; BOKER, S. M. Dynamical modeling for studying self-regulatory processes: An example from the study of religious development over the life span. In: ONG, A. D.; DULMÉN, M. van (eds.), **Handbook of methods in positive psychology**. New York: Oxford University Press, 2007. p. 380-394.

MCCULLOUGH, M. E.; WILLOUGHBY, B. L. Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. **Psychological Bulletin**, v. 135, p. 69-93, 2009.

MCCULLOUGH, M. E.; HOYT, W. T.; LARSON, D. B.; KOENIG, H. G.; THORESEN, C. E. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. **Health Psychology**, v. 19, 211-222, 2000.

MERRIAM-WEBSTER. **Merriam-Webster's Encyclopedia of World Religions**. Springfield, Ma: Merriam-Webster Inc, 1999.

MÓNICO, L. S. **Individualização religiosa e otimismo**. Minho: Edições Vercial, 2011.

MÓNICO, L. S. Vulnerabilidade, velhice e doença: o efeito da religiosidade no optimismo de internalidade e de externalidade. *In*: SANTOS, E. *et al.* (eds.). **Transição para a reforma/aposentação**: contributos para a adaptação. Viseu: Psicossoma, 2012. p. 55-70.

MÓNICO, L. S. Religiosidade e otimismo alicerçado em fatores intrínsecos vs. extrínsecos: estudo comparativo em idosos doentes e saudáveis. *In*: SOUZA, N. de; RUA, M. (eds.). **Cuidadores de pessoas idosas**: caminhos de mudança. Aveiro: CIDTFF, 2013. p. 253-260.

MÓNICO, L. S. Secularização, (a)teísmo e pluralismo religioso nas sociedades ocidentais contemporâneas. **Horizonte**, v. 13, n. 40, p. 2064-2095, 2015.

MÓNICO, L. S. **Religiosidade & otimismo**: estudo psicossociológico dos peregrinos ao santuário de Fátima. Fátima: Edições do Santuário de Fátima, 2021.

MÓNICO, L. S.; MACHADO, J. B.; ALFERES, V. R. Santuários e peregrinações religiosas: Considerações em torno da dimensão ritualística da religiosidade. **Horizonte**, v. 16, n. 49, p. 194-222, 2018.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 1, p. 54-57, 2016.

MOWAT, H.; RYAN, D. Spiritual issues in health and social care: Practice into policy? *In*: MCFADDEN, S. H.; BRENNAN, M.; PATRICK, J. H. Patrick. **Religiousness and Spirituality**. USA: The Haworth Pastoral Press, 2002. p. 51-67.

NAD, S.; MARCINKO, D.; VUKSAN-AEUSA, B.; JAKOVLJEVIC, M.; JAKOVLJEVIC, G. Spiritual well-being, intrinsic religiosity and suicidal behaviour in predominantly catholic croatian war veterans with chronic posttraumatic stress disorder: A case control study. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 196, n. 1, p. 79-83, 2008.

NODDINGS, N. The new outspoken atheism and education. **Harvard Educational Review**, v. 78, n. 2, 369-392, 2008.

O'CONNELL, K. A.; SKEVINGTON, S. M. The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. **British Journal of Health Psychology**, v. 10, p. 379-398, 2005.

OTTO, R. **O sagrado**. Lisboa: Edições 70, 1992.

PAIVA, G. J.; VERGOTE, A.; SAFRA, G.; GIOVANETTI, J. P.; ANCONA-LOPEZ, M.; AMARTUZZI, M.M.; MAHFOUD, M. **Entre necessidade e desejo**: diálogos da psicologia com a religião. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping religioso/espiritual. **Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007.

PARENTE, N. T.; RAMOS, D. H. The influence of spiritual-religious coping on the quality of life of Brazilian parents who have lost a child by homicide, suicide, or accident. **Journal of Spirituality in Mental Health**, v. 22, n. 3, p. 216-239, 2018.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping**: Theory, research and practice. New York: Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I.; BRANT, C. R. Religion and coping. *In*: KOENIG, H. G. Koenig (ed.). **Handbook of religion and mental health**. London: Academic Press, 1998. p. 111-128.

PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. **Journal of Clinical Psychology**, v. 56, n. 4, p. 519-543, 2000.

POWELL, L. H.; SHAHABI, L.; THORESEN, C. E. Religion and spirituality: Linkages to physical health. **American Psychologist**, v. 58, n. 1, p. 36-52, 2003.

REGNERUS, M. D.; ELDER, G. H. Religion and vulnerability among low-risk adolescents. **Social Science Research**, v. 32, p. 633-658, 2003.

RÉMOND, R. **O Cristianismo no banco dos réus**. Albufeira: Edições Poseidon, 2005.

RIDNOUR, H.; HAMMERMEISTER, J. Spiritual well-being and its influence on athletic coping profiles. **Journal of Sport Behaviour**, v. 31, n. 1, p. 81-93, 2008.

RIGOLI, F. The Link Between COVID-19, Anxiety, and Religious Beliefs in the United States and the United Kingdom. **Journal of Religion and Health**, v. 60, p. 2196–2208, 2021.

ROCHA, N. S.; BORGES, Z. N.; FLECK, M. P. A. Health status and quality of life: The effect of spirituality/religiosity/personal beliefs. **Quality Life Research**, v. 11, n. 7, p. 654, 2002.

ROGER, K. S.; HATALA, A. Religion, spirituality & chronic illness: A scoping review and implications for health care practitioners. **Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought**, v. 37, n. 1, p. 22-44, 2017.

SABANCIOGULLARI, S.; YILMAZ, F.T. The Effect of Religious Coping on Hope Level of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. **Journal of Religion and Health**, v. 60, p. 2756–2769, 2021.

SALSMAN, J. M.; BROWN, T. L.; BRECHTING, E. H.; CARLSON, C. R. The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 31, n.4, p. 522-535, 2005.

SANTOS, M. G. **Espiritualidade, turismo e território**: estudo geográfico de Fátima. Estoril: Príncipia Editora, 2006.

SAUNDERS, S. M; LUCAS, V; KURAS, L. Measuring the discrepancy between current and ideal spiritual and religious functioning in problem drinkers. **Psychology of Addictive Behaviours**, v. 21, n. 3, p. 404-408, 2007.

SILVA, F.T.; SILVEIRA, I.H.; GUETTER, R.M.; FRANCO, R.S.; SANCHES, L.C. Espiritualidade no ensino em saúde: scoping review. **Espaço para a Saúde**, v. 23, e826, 2022.

SKILL, T.; ROBINSON, J. D.; LYONS, J. S.; LARSON, D. The portrayal of religion and spirituality on fictional network television. **Review of Religious Research**, v. 35, n. 3, p. 251-267, 1994.

SPIILKA, B.; HOOD, R. W.; GORSUCH, R. L. **The psychology of religion**: An empirical approach. 5. ed. New York: The Guilford Press, 2018.

SPRINGER, M.V.; CONLEY, K.M.; SANCHEZ, B.N. et al. Process Evaluation of a Faith-Based Multicomponent Behavioral Intervention to Reduce Stroke Risk in Mexican Americans in a Catholic Church Setting: The SHARE (Stroke Health and Risk Education) Project. **Journal of Religion and Health**, mar 2021.

STRAWBRIDGE, W. J.; COHEN, R. D.; SHEMA, S. J.; KAPLAN, G. A. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. **American Journal of Public Health**, v. 87, p. 957-961, 1997.

TALLEY, J. A; MAGIE, R. The integration of the spirituality in medicine. **Academic Medicine**, v. 89, p. 43–47, 2014.

TAYLOR, M. C. **Critical terms for religious studies**. Chicago: The University of Chicago Press, 1998.

VALLE, E. **Psicologia e experiência religiosa**: estudos introdutórios. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

WALLACE, J. M; JR; FORMAN, T. A. Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. **Health Education and Behavior**, v. 25, p. 721-741, 1998.

WEAVER, A. J.; SAMFORD, J. A.; LARSON, D. B.; LUCAS, L. A.; KOENIG, H. G.; PATRICK, V. A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991-1995. **Journal of Nervous Mental Diseases**, v. 186, n. 3, p. 187-189, 1998.

WEBER, M. **Sociologia das religiões e consideração intermediária**. Lisboa: Relógio D' Água Editores, 2006 (original publicado em 1920).

YILDIRIM, M.; KIZILGEÇIT, M.; SEÇER, İ. et al. Meaning in Life, Religious Coping, and Loneliness During the Coronavirus Health Crisis in Turkey. **Journal of Religion and Health**, v. 60, p. 2371–2385, 2021.

WONG-MCDONALD, A.; GORSUCH, R. L. Surrender to God: An additional coping style? **Journal of Psychology and Theology**, v. 28, n. 2, p. 149-161, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)**. Genève: Report on WHO consultation, 1998.

WULFF, D. M. **Psychology of religion: classic and contemporary**. 2. ed. Massachusetts: John Willey and Sons, 1997.

YUEN, E. J. Spirituality, religion, and health. **American Journal of Medical Quality**, v. 22, n. 2, p. 77-79, 2007.

ZUCKERMAN, D. M.; KASL, S. V.; OSTERFIELD, A. M. Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor. **American Journal of Epidemiology**, v. 119, p. 410-423, 1984.