

Religiosidade e espiritualidade: interfaces com a saúde

Religiosity and spirituality: interfaces with health

Maria do Desterro Leiros da Costa¹

Resumo

Há um crescente nível de evidências científicas relacionando as práticas religiosas e espirituais aos índices favoráveis de saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo. O presente artigo de revisão aborda as inter-relações entre religiosidade, espiritualidade (R/E) e saúde nas pesquisas recentes e os desafios para a inclusão da R/E na formação dos profissionais de saúde, assim como para a sua viabilização nos contextos clínicos e nas políticas públicas. R/E são fatores que influenciam a saúde física, mental, social e espiritual, interferindo positivamente nos tratamentos das doenças e no enfrentamento das adversidades inerentes à condição humana como: doenças graves, mortes, lutos e catástrofes. Estudos com neuroimagem funcional mostram que as práticas da R/E estimulam a plasticidade cerebral em importantes áreas corticais, promovendo incrementos na função e na densidade estrutural. R/E melhoram os índices de qualidade e expectativa de vida; previnem suicídio e os comportamentos de risco; interferem positivamente nos tratamentos de condições como: dor, ansiedade, depressão, burnout, estresse pós-traumático e doenças crônicas, melhorando os prognósticos e os processos de reabilitação física, mental e social.

Palavras-chave

Espiritualidade. Religiosidade. Saúde. Meditação. Neuroplasticidade.

Abstract

There is a growing body of scientific evidences relating religious and spiritual practices to specific health indices, at the individual and collective levels. This review article addresses the interrelationships between religiosity, spirituality (R/S) and health in recent research and the challenges for including R/S in the training of health professionals, as well as for its viability in clinical contexts and public health policies. R/S are factors that positively influence physical, mental, social and spiritual health, interfering in the treatment of diseases and in coping with adversities inherent to the human condition: serious illnesses, deaths, mourning and catastrophes. Studies with functional neuroimaging show that R/S practices stimulate brain plasticity in important cortical areas, where they promote increases in function and structural density. R/S improves quality of life and life expectancy indices; prevents suicide and risk behaviors; positively interfere in the treatment of conditions such as: pain, anxiety, depression, burnout, post-traumatic stress and chronic diseases, improving prognoses in physical, mental and social rehabilitation processes.

Keywords

Spirituality. Religiosity. Health. Meditation. Neuroplasticity.

INTRODUÇÃO

Por muito tempo a religiosidade e a espiritualidade (R/E) foram separadas do mundo das ciências, particularmente nos séculos XVIII e XIX, quando o Iluminismo inaugurou a era secular. Nesse período os temas da saúde foram destinados aos domínios das ciências, enquanto

¹ Doutora e mestre em Neurologia pela Universidade de São Paulo (USP). Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Pós-doutoranda em Neurociência Cognitiva e do Comportamento na UFPB. Professora aposentada da UFPB. Contato: mleiros@uol.com.br.

R/E ficaram restritas aos ambientes litúrgicos e eclesiais. Os séculos XX e XXI têm testemunhado um crescente interesse acadêmico sobre as inter-relações entre R/E e saúde, motivado pelas evidências favoráveis entre R/E e os marcadores de saúde. Estas evidências promoveram uma aproximação destes campos de estudo, estreitando suas relações e ensejando um movimento mundial de implantação da temática da R/E nos currículos das ciências sociais e da saúde, bem como sua inserção nos protocolos de atenção à saúde, em todos os âmbitos, inclusive no público (Moreira-Almeida et al., 2010; Koenig, 2012; Vanderweele et al., 2022; Balboni et al., 2022; Mosqueiro et al., 2023; Long et al., 2024).

Numa abordagem que amplia a clássica visão de evolução centrada nos genes, McNamara (2024) argumentou que R/E contribuíram para a evolução cultural da nossa espécie ao promover as vivências coletivas, a partilha dos conhecimentos, as interações e a cooperação nos enfrentamentos dos desafios coletivos. Moreira-Almeida et al. (2010), demonstraram a importância da R/E em nossa cultura a partir de uma amostra constituída por 3,007 brasileiros, dos quais 83% consideravam R/E muito importantes em suas vidas. Destes, 37% frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana e 10% frequentavam mais de uma religião. Do total da amostra, apenas 5% não tinham religião.

1 CONCEITUANDO RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Embora seja corrente o uso da sigla R/E para referir-se à religiosidade e à espiritualidade, torna-se cada vez mais evidente que estas dimensões não são indissociáveis. Ainda que compartilhem algumas sobreposições, há características próprias que permitem individualizá-las conceitualmente. Um aspecto central nas duas dimensões é a relação com o sagrado. Segundo Rudolf Otto (1992, p. 10), o sagrado é “um elemento absolutamente especial que escapa a tudo o que chamamos de racional, constituindo como tal, algo inefável” (p.10). “É o princípio vivo em todas as religiões. Constitui a sua parte mais íntima e, sem ele, nunca seriam formas de religiões” (Otto, 1992, p. 11). Para referir-se ao sagrado, Otto criou o termo “numinoso”, onde *numen*, do latim, significa: emoção espiritual ou religiosa despertadora - uma “experiência não racional, misteriosa, tremenda e fascinante, não sensorial, cujo objeto primário e imediato está fora do eu, o *mysterium*” (Otto, 1992, p. 38).

A princípio os conceitos de R/E foram considerados indissociáveis e sobrepostos. No século passado iniciou-se um processo de distinção gradual entre estas duas dimensões, onde a religião passou a ter uma conotação mais relacionada às práticas e crenças institucionais na relação com o sagrado, enquanto o termo espiritualidade refere-se à dimensão mais íntima, privada e subjetiva desta relação. Ainda são convencionalmente estudadas em conjunto sob a sigla R/E, mas têm nuances conceituais distintas, como as destacadas nos parágrafos seguintes.

1.1 Religiosidade

Segundo Koenig et al. (2020),

Caminhos de Diálogo, Curitiba, ano 13, n. 22, p. 146-157, jan./jun. 2025

ISSN 2595-8208 147

nas tradições religiosas ocidentais, o transcendente é Deus; nas orientais é a verdade última, a realidade, ou a iluminação. A religião pode ainda envolver crenças sobre espíritos, anjos, demônios, vida após a morte e regras para orientar o comportamento durante a vida presente. Central para a sua definição, é que a religião está enraizada numa tradição estabelecida que surge de grupos de pessoas com crenças e práticas comuns relativas ao transcendente. A religião é uma construção única, embora ainda existam debates sobre as nuances exatas da sua definição. A religiosidade, por sua vez, é a medida em que as crenças e práticas religiosas são importantes na vida de uma pessoa.

McNamara (2024) definiu religião como “um conjunto complexo de comportamentos e crenças socioculturais que facilitam a identificação do grupo”, destacando o aspecto ritualístico da religiosidade no aprendizado e evolução social.

1.2 Espiritualidade

É o aspecto subjetivo, complexo e individual da espiritualidade. Foi abordado por James Williams (1902) como a expressão de “sentimentos, atos e experiências de homens individuais em sua solidão, na medida em que apreendem a si mesmos para se posicionar em relação a tudo o que podem considerar como o divino”.

Para McNamara (2024) “a espiritualidade envolve maneiras de ser que são direcionadas à consciência relacional, holística e comunitária, facilitando relacionamentos saudáveis entre indivíduos, comunidades e ecossistemas”.

Com base nestas premissas, pode-se inferir que a espiritualidade é a dimensão mais subjetiva, multidimensional e complexa do fenômeno, através da qual as pessoas buscam significado, propósito e transcendência. Esta busca e a relação (conexão) da pessoa com o ser supremo (transcendente) tem caráter íntimo e pessoal, podendo ser vivida fora dos limites das instituições religiosas. Já a religiosidade tem parâmetros mais objetivos, mensuráveis através dos rituais partilhados coletivamente, onde é importante a obediência às hierarquias definidas institucionalmente, às crenças, aos valores e às práticas propostas pela organização.

1.3 Religiosidade e espiritualidade: considerações epidemiológicas

Observa-se uma crescente tendência de individualização dos conceitos de R/E, onde “R” diferencia-se de “E”. Tornou-se popular o termo “espiritual, mas não religioso” sob a sigla SBNR (*spiritual but not religious*) como tendência de autodefinição para uma significativa parcela de indivíduos. De acordo com dados do Pew Research Center (2023), 22% dos americanos definem-se como SBNR, 58% consideram-se religiosos, porém não são homogêneos: 48% definem-se como religiosos e espirituais e 10% consideram-se SBNR. Por fim, 21% dos americanos definem-se como: nem espirituais nem religiosos.

A espiritualidade nem sempre conduz a uma filiação religiosa. Pessoas que se definem como espirituais podem não se vincular a uma instituição religiosa, sendo denominadas também

como não afiliadas. Os não afiliados têm a mesma probabilidade das demais pessoas para acreditar na reencarnação, na astrologia e no mau-olhado. São mais propensos à prática da ioga como exercício espiritual e creem na energia espiritual localizada no mundo físico como: montanhas, árvores e cristais. A maioria dos não afiliados concorda que as organizações religiosas fortalecem os laços comunitários e desempenham um papel importante na ajuda aos pobres e necessitados, no entanto critica estas organizações por considerá-las demasiadamente focadas no dinheiro, no poder e na política. Sendo assim, definir-se como espiritual tornou-se uma forma de se distanciar da categoria religiosa.

Esta realidade é um desafio para as ciências ao revelar que o binômio R/E não consegue abranger de forma plena as particularidades destes dois fenômenos, complexificando a sua compreensão e as suas aplicações acadêmicas.

1.4 Meditação e saúde

O termo “meditação” refere-se às técnicas mentais e emocionais tradicionais em vários contextos culturais e religiosos, como no cristianismo, budismo, islamismo e judaísmo, entre outros. Vem sendo adotada nos países ocidentais como práticas espirituais e como intervenções terapêuticas holísticas integrativas entre mente e corpo (Kang et al., 2013, 2018).

Numa recente revisão da literatura sobre as diferentes modalidades de meditação praticadas no mundo, Valluri et al. (2024) elencaram as seguintes: terapia de aceitação e compromisso, engajamento ativo, atenção plena adaptada, compassiva cognitiva, bondade amorosa, mantra, terapia cognitiva baseada em atenção plena, Osho, psiconeuroendocrinoimunologia, meditação transcendental, espiritual/secular, sufi e vipassana. dentre estas uma das mais estudadas é a meditação de atenção plena (AP), mindfulness, que consiste em conduzir a consciência de alguém para o momento presente (interna e externamente), ao mesmo tempo em que encoraja a abertura, a aceitação e a curiosidade. Esta prática está enraizada na tradição budista, mas tem sido objeto de intensas pesquisas na Psicologia moderna. Kabat-Zinn et al. (1985) demonstraram que a AP promove melhoras estatisticamente significativas nas medidas de dor, imagem corporal, limitação das atividades pela dor, ansiedade e depressão. Outros resultados foram: diminuição do uso de analgésicos e melhora da autoestima e da atividade física.

Zeidan et al. (2014) utilizaram ressonância magnética funcional (RMf) para estudar a influência da meditação AP no controle da ansiedade. Esta técnica promoveu melhora da ansiedade, o que foi evidenciado pelo aumento da atividade do córtex cingulado anterior, pré-frontal ventromedial e da ínsula anterior - áreas já reconhecidas como envolvidas na regulação dos pensamentos autorreferenciais necessários ao controle da ansiedade.

Nas ciências psicológicas, a terapia cognitiva assimilou a meditação de AP como parte do seu arsenal terapêutico, através das técnicas de atenção focada (AF) e monitoramento aberto

(MA) que podem ser aplicadas em diferentes contextos terapêuticos, tanto isoladamente, como em associação.

A atenção focada é voluntariamente sustentada em um dado objeto, ou função. Exemplo: a respiração, ou um objeto escolhido. A finalidade é disciplinar as divagações mentais, mantendo a consciência na respiração, ou num objeto, identificando quaisquer distrações como sonolência ou divagação mental, trazendo a atenção de volta para o foco escolhido.

O monitoramento aberto promove um monitoramento não reativo do conteúdo mental e das sensações corporais, momento a momento, ao longo da experiência. Não tem um foco explícito; a pessoa tenta permanecer simultaneamente ciente de todos os fenômenos perceptíveis, sejam eles sensoriais ou mentais.

Cullen et al. (2021) treinaram um grupo de 104 pacientes portadores de ansiedade e depressão durante oito semanas utilizando tanto AF, como MA. O grupo da AF obteve melhora mais rápida da ansiedade e da depressão durante o tratamento. O grupo de MA apresentou melhora, porém de início mais lento do que o observado no da AF.

2 MEDITAÇÃO: BASES NEUROBIOLÓGICAS, EVIDÊNCIAS DE NEUROIMAGEM, NEUROPLASTICIDADE

Estudos com neuroimagem mostraram que a meditação promove mudanças estruturais e funcionais no cérebro. O tempo e a experiência com a meditação são diretamente proporcionais a uma riqueza estrutural maior, tanto na substância cinzenta, como na branca, diferenciando-as com uma estrutura encefálica mais robusta, em comparação com os cérebros dos indivíduos controles. Kang et al. (2013) descreveram uma espessura cortical significativamente maior nas regiões anteriores do cérebro, nas áreas frontais e temporais de meditadores experientes. Considerando-se estas localizações, pode-se inferir que a meditação influencia a neuroplasticidade cerebral nas áreas corticais relacionadas à atenção, memória, autoconsciência, estratégias e ajustes sociais, emoções, cognição e comportamento. Estes aspectos abrem perspectivas para a potencial aplicabilidade da meditação nos tratamentos de muitas disfunções neuropsiquiátricas.

O que acontece com os cérebros dos meditadores quando não estão meditando? Esta pergunta foi respondida por Newberg et al. (2010) quando utilizaram tomografia por emissão de fóton único (SPECT: *single photon emission computer tomography*) para estudar os cérebros de meditadores experientes em repouso, sem estado meditativo, em comparação a um grupo de não praticantes de meditação. As imagens evidenciaram que o fluxo sanguíneo cerebral dos meditadores de longo prazo foi significativamente maior bilateralmente nas áreas pré-frontais e parietais, nos tálamos, putâmens, caudados e mesencéfalo – regiões funcionalmente envolvidas com: atenção, controle das emoções e funções autonômicas.

As amígdalas cerebrais fazem parte do sistema límbico, têm múltiplas funções emocionais e são particularmente reativas nas situações de perigo onde respondem com a sensação de medo. Kral et al. (2018) usaram RMf para investigar os efeitos da meditação AP na reatividade das amígdalas a tais situações. Os meditadores mais experientes apresentaram uma menor resposta das amígdalas, em comparação com o grupo inexperiente, revelando o potencial da meditação AP na regulação emocional do medo.

3 MEDITAÇÃO SECULAR X MEDITAÇÃO ESPIRITUAL

A meditação espiritual (ME) é um estado mental transitório marcado pela diminuição da autorreferência e aumento dos sentimentos de conexão. Os meios para estes estados podem ser cânticos religiosos, preces, contemplações de símbolos sagrados, ou de paisagens naturais. Um traço comum descrito nestes estados de consciência é a uma sensação de unidade e dissolução na fronteira entre a própria pessoa e o sagrado descrita como unidade. Este senso de transcendência, caracteriza-se pela percepção subjetiva de conexão com o sagrado que transcende os limites do *self* (si mesmo).

Barnby et al. (2017) realizaram uma revisão sobre os correlatos de neuroimagem funcional comparando as práticas de ME com meditação não religiosa (modalidade AP). No grupo de ME observou-se uma diminuição na ativação do córtex parietal, especificamente no córtex parietal inferior. A redução da atividade metabólica na região parietal inferior durante a ME foi corroborada por Miller et al. (2019) através de estudos com RMf comparando ME com uma condição mental neutra (relaxante). Durante a ME, houve redução da atividade no lóbulo parietal inferior esquerdo (LPIe), o qual responde pelo processamento perceptual e representações entre o self e o outro. A hipoatividade desta área cortical reflete-se na percepção de diminuição das fronteiras que delimitam o self e o outro, promovendo um senso de unidade e conexão a um todo, ao sagrado, entre os que praticam a ME.

Wachholtz et al. (2017), compararam quatro modalidades de meditação: 1) ME (N = 25); 2) meditação secular com foco interno (N = 23); 3) meditação secular com foco externo (N = 22); 4) e relaxamento muscular progressivo (N = 22) em grupos de portadores de enxaqueca. O grupo da ME experimentou uma diminuição mais significativa na frequência das crises enxaqueca e no uso de analgésicos do que os demais grupos.

4 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE

Estudos mostram que R/E exercem influências positivas sobre a saúde física, mental e social, aumentando a expectativa e a qualidade de vida, controlando a dor crônica, melhorando a adesão aos tratamentos, favorecendo o enfrentamento das doenças graves, diminuindo o tempo das internações e das reabilitações, prevenindo comportamentos de risco, promovendo melhores resultados nos tratamentos das doenças mentais, favorecendo os valores positivos pró-sociais e o enfrentamento das catástrofes (Moreira-Almeida et al., 2010; Koenig et al., 2020; Forti et al.,

2020; Cowden et al., 2021; Diego-Cordero et al., 2022; Balboni et al., 2022; Long et al., 2024; Hinterberger et al., 2025).

Índices elevados de R/E estão inversamente relacionados ao adoecimento mental e positivamente associados ao bem-estar psicológico e à qualidade de vida. Também influenciam favoravelmente os tratamentos dos transtornos depressivos e bipolares, da ansiedade, do suicídio e exercem efeitos protetores sobre os comportamentos de risco, como a drogadição (Beraldo et al., 2019; Koenig et al., 2020; Garssen et al., 2021; ; Hinterberger et al., 2025).

Quanto às influências da R/E nos comportamentos de risco, Gomes et al. (2013) estudaram 12.595 estudantes universitários brasileiros divididos em dois grupos de acordo com a participação a serviços religiosos. O uso de drogas nos últimos 30 dias foi maior entre os estudantes do grupo de não participantes em atividades religiosas. As associações entre R/E no tratamento da drogadição foram estudadas por Beraldo et al. (2018), segundo os quais, R/E promoveram melhora na reabilitação clínica e interferiram positivamente no gerenciamento de fatores socioculturais, como: ressocialização, relações familiares, senso de propósito e significado na vida.

Cruz et al. (2023), investigaram as influências da R/E na saúde física e hábitos de vida de pacientes atendidos em serviços de cardiologia. Os pacientes com maiores escores de R/E tiveram menores índices de consumo de álcool, tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia, síndrome coronariana, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Sobre a frequência a serviços religiosos e taxas de suicídio, Vanderweele et al. (2016) realizaram um estudo prospectivo com 89.708 mulheres na faixa etária de 30 a 55. A frequência a serviços religiosos, no mínimo uma vez por semana, foi associada a uma taxa de suicídio cinco vezes menor do que as que nunca frequentavam serviços religiosos.

Um estudo global sobre o papel da R/E nas vidas de 4.028 pacientes adultos portadores de cardiopatias congênitas em 15 países realizado por Moons et al. (2019), 49,2% dos pacientes com altos índices de R/E apresentaram melhores taxas de qualidade de vida e de comportamentos de saúde.

Diego-Cordero et al. (2022) realizaram uma revisão da literatura sobre as influências da R/E na saúde durante a pandemia de COVID-19; seus resultados revelaram a importância da R/E no enfrentamento da crise e propuseram a inclusão da R/E na prática clínica, tanto direcionada aos profissionais de saúde como aos pacientes.

Hinterberger et al. (2025) estudaram os efeitos da R/E em dois grupos de pacientes portadores de patologias psicossomáticas em regime de internação. Níveis elevados de espiritualidade correlacionaram-se a menores índices de depressão e sintomas psicossomáticos. Foram também encontradas associações significativas entre R/E e competências para a vida, particularmente nas dimensões do significado, das crenças e dos valores.

5 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA

Long et al. (2024) defendem que as políticas de saúde pública devem integrar os determinantes espirituais da saúde que promovem significado, propósito, transcendência e senso de conexão nos indivíduos. Atualmente alguns currículos médicos no Brasil já têm a espiritualidade como parte das suas grades curriculares, uma mudança que também vem ocorrendo nos Estados Unidos e na Europa. No entanto, é notável a falta de protocolos para guiar a atuação dos profissionais de saúde nos cuidados espirituais.

Lucchetti et al. (2013), realizaram um amplo estudo multicêntrico sobre R/E na relação com os pacientes com 3.630 estudantes de Medicina de 12 escolas médicas brasileiras. Desses, 71,2% acreditavam que R/E têm impactos positivos na saúde dos pacientes. A opinião da maioria foi de que deveriam estar preparados para abordar questões espirituais relacionadas à saúde de seus pacientes (61,6%) e que esse tema deveria ser incluído no currículo médico (62,6%).

Nos Estados Unidos há programas estabelecidos nas universidades de Duke, Yale, Harvard e Emory oferecendo treinamento sobre R/E para profissionais de saúde e pesquisadores. Estudos sugerem que os profissionais médicos e de saúde pública que recebem essa educação são mais propensos a perguntar sobre as necessidades espirituais de pessoas e comunidades de diversas origens espirituais ou religiosas, o que pode promover um cuidado centrado na pessoa (Puchalski et al., 2020).

Sobre a importância da abordagem da R/E na relação com o paciente, Mosqueiro et al. (2023) realizaram uma revisão sistemática. Estes autores destacaram “o papel da história espiritual” como parte essencial de uma abordagem de cuidado espiritual que abre o diálogo e dá acesso a informações relevantes sobre R/E que podem nortear as melhores estratégias de tratamento.

6 DISCUSSÃO

A maior participação em atividades religiosas relaciona-se a melhores indicadores de saúde. Para Garssen et al. (2015), os principais mecanismos envolvidos na frequência a serviços religiosos e seus efeitos positivos nos marcadores de saúde seriam: apoio e integração cultural, criação de significado e autorregulação. Estes autores destacaram que o aspecto cultural da pertença religiosa teve um efeito mais positivo na saúde mental do que o apoio social. Aksoy et al. (2021) analisaram 50.922 entrevistados sobre religiosidade e bem-estar onde encontraram evidências sugestivas de que índices de R/E e saúde são mais positivos para aqueles com afiliações religiosas.

Quanto aos mecanismos da R/E na promoção do aumento da tolerância à dor, Wachholtz et al. (2017) destacaram os seguintes: 1) fornece ao paciente uma estrutura para lidar com a dor através de sentimentos de controle, ou autoeficácia; 2) como distração da experiência da dor; 3) fornecendo uma fonte de apoio social ou espiritual.

Embora a frequência aos serviços religiosos possa proteger contra a depressão, há evidências de que os deprimidos têm maior inclinação para deixar de frequentar tais serviços e sua ausência cria vieses de interpretação (Aksoy et al., 2021). Li et al. (2016) investigaram 48.984 mulheres para avaliar a frequência a serviços religiosos e o risco de depressão. Os resultados mostraram que uma maior frequência aos serviços religiosos diminuiu o risco de depressão. Por outro lado, chamaram a atenção para a existência de uma causalidade inversa, pois mulheres com depressão declararam-se menos propensas a frequentarem serviços religiosos.

Pargament et al. (2003) estudaram condições clínicas de doença mental onde R/E representavam fatores de piora. Segundo estes autores, as principais “bandeiras vermelhas” que apontam R/E no agravamento da saúde mental são: culpa, apatia religiosa, ideias de punição de Deus, dúvidas religiosas, conflitos religiosos interpessoais, dogmas da Igreja, autocondenação, sentimentos de desacordo com Deus e com o sistema religioso. Monod et al. (2012) chamaram a atenção para o sofrimento espiritual como fator de influência negativa da R/E para a saúde, propondo uma ferramenta para identificar o sofrimento espiritual na prática clínica de forma mais eficaz e dirigida, intitulada *Spiritual Distress Assessment Tool*.

A religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos, ou para substituir cuidados médicos tradicionais. Pode ser usada para induzir culpa, vergonha, medo ou justificar raiva, discriminação e agressão. Como agente de controle social, pode ser restritiva e limitante, ao excluir socialmente os que discordam, ou diferem dos padrões religiosos.

A busca por respostas para questões existenciais complexas, o questionamento religioso e a abertura para mudar visões religiosas são características inversamente relacionadas ao fundamentalismo, ao autoritarismo e ao preconceito. Pessoas não fundamentalistas religiosas têm maior complexidade cognitiva, maior flexibilidade na vida e valores pró-sociais mais fortes (Xu et al., 2018). Estudo com neuroimagem comparando a substância branca de cérebros de fundamentalistas religiosos com os de pessoas não fundamentalistas foi realizado por Xu et al. (2018). Segundo estes autores, uma maior abertura para mudar as visões religiosas está associada a uma melhor integridade da substância branca que interconecta regiões corticais e subcorticais em ambos os hemisférios, mais especificamente no joelho do corpo caloso. Este achado parece indicar que o não fundamentalismo reflete uma maior integridade estrutural e funcional do cérebro.

Estudos sobre R/E expandem-se para além das ciências da saúde, sendo também do interesse das ciências sociais e econômicas. Friedman e Friedman (2008) chamaram a atenção para a falência do sistema econômico vigente baseado apenas nos princípios do lucro e da vantagem, indiferentes às questões humanas e ambientais. Apontaram as crises econômicas sofridas recentemente no ocidente como resultantes da “falta de espiritualidade na gestão dos grandes blocos econômicos” e apelaram para observância de uma nova ética. Estes autores

defenderam a formulação de projetos econômicos norteados pelos princípios da espiritualidade, a fim de garantir um futuro econômico com maior responsabilidade, justiça e estabilidade.

CONCLUSÕES

Há uma plethora de estudos evidenciando os efeitos positivos da R/E na promoção da saúde e na prevenção de doenças, o que representa um grande apelo à inclusão dessas dimensões na formação dos profissionais da saúde, na prática clínica e na saúde pública. Um desafio enfrentando nesta perspectiva é a falta de um *protocolo padrão* de R/E, aplicável aos contextos clínicos e de saúde pública. A complexa diversidade humana impõe limites éticos a esta questão, indicando a necessidade de ampliação de estudos na busca por protocolos e consensos.

A expressiva parcela de indivíduos que se definem como espirituais mas não afiliados chama a atenção para a necessidade de construtos que avaliem a dimensão da espiritualidade numa abordagem distinta da utilizada para a religiosidade. Esta, por exemplo, enfatiza a frequência aos serviços religiosos.

De um modo geral, o profissional de saúde é incentivado a falar com o paciente sobre suas necessidades espirituais a fim de ajudá-lo a canalizar os potenciais inerentes à R/E de forma terapêutica e estruturante – sem proselitismos, imposições de fardos, culpas, medos e penitências. ✨

REFERÊNCIAS

AKSOY, Ozan; Bann et al. Religiosity and mental wellbeing among members of majority and minority religions: findings from understanding society: the UK household longitudinal study. **American Journal of Epidemiology**, v. 191, n. 1, p. 20–30, maio 2021.

BARNBY, Joseph et al. How similar are the changes in neural activity resulting from mindfulness practice in contrast to spiritual practice? **Conscious Cognition**, v. 36, n. 2015, p. 219-232, nov. 2015.

BERALDO, Livia et al. Spirituality, religiosity and addiction recovery: current perspectives. **Current Drug Research Reviews**, v. 11, n. 1, p. 26-32, 2019.

CULLEN, Brendan et al. The contributions of focused attention and open monitoring in mindfulness-based cognitive therapy for affective disturbances: a 3-armed randomized dismantling trial. **PLoS One**, v. 12, n. 16, jan. 2021.

DIEGO-CORDERO, Rocío et al. The role of spirituality and religiosity in healthcare during the COVID-19 pandemic: an integrative review of the scientific literature. **Journal of Religion and Health**, Porto, v. 6, n. 3, p. 2168-2197, jun. 2022.

FORTI, Samanta et al. Spirituality/religiousity measurement and health in Brazil: a systematic review. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1463-1474, mar. 2020.

FRIEDMAN, Hershey; FRIEDMAN, Linda. Can ‘homo spiritualis’ replace homo economicus in the business curriculum? **Journal of Business Education and Scholarship of Teaching**, v. 2, n. 2, p. 1–11, 2008.

GARSSSEN, Bert et al. Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. **Internal Journal of Psychology and Religion**, v. 31, n. 1, p. 4–20, 2021.

GARSSSEN, Bert et al. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. **Journal of Religion and Health**, v. 54, n. 4, p. 1249-1265, ago. 2015.

GOMES, Fernanda et al. Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 1, p. 29-37, fev. 2013.

HINTERBERGER, Thilo et al. Spirituality and mental health – investigating the association between spiritual attitudes and psychosomatic treatment outcomes. **Frontiers in Psychiatry**, v. 27, n. 15, p. 1-8, jan. 2025.

KABAT-ZINN, Jon et al. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 8, n. 2, p. 163-90, jun. 1985.

KANG, Do-Hyung et al. The effect of meditation on brain structure: cortical thickness mapping and diffusion tensor imaging. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, v. 8, n. 1, p. 27-33, jan. 2013.

KOENIG, Harald. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **International Scholarly Research Network Psychiatry**, v. 2012, p. 1-33, dez. 2012.

KOENIG, Harald et al. Religion and psychiatry: recent developments .in research. **British Journal of Psychiatry Advances**, v. 26 , n. 5, p. 262-272, set. 2020.

KRAL, Tammi et al. Impact of short- and long-term mindfulness meditation training on amygdala reactivity to emotional stimuli. **Neuroimage**, n. 181, p. 301-313, nov. 2018.

LI, Shanshan et al. Religious service attendance and lower depression among women-a prospective cohort study. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 50, n. 6, p. 876-884, dez. 2016.

LONG, Katelyn et al. Spirituality as a determinant of health: emerging policies, practices, and systems. **Health Affairs Journal**, Millwood, v. 43, n. 6, p. 783-790, jun. 2024.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study. **Biomedical Center of Medical Education**, v. 13, n. 162, 2013.

MCNAMARA, Rita. Cultural evolution of religion, spirituality and ritual: impacts on human cooperation. **Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie**, v. 76, n. 3, p. 769–788, 2024.

MILLER, Lisa et al. Neural correlates of personalized spiritual experiences. **Cerebral Cortex**, n. 29, p. 2331-2338, jun 2019.

MONOD, Stefanie et al. Validation of the spiritual distress assessment tool in older hospitalized patients. **Biomedical Center of Medical Education**, v. 12, n. 13, p. 1-9, 2012.

MOONS, Philip et al. Religion and spirituality as predictors of patient-reported outcomes in adults with congenital heart disease around the globe. **International Journal of Cardiology**, v. 1, n. 274, p. 93-99, jan. 2019.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

MOSQUEIRO, Bruno et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines on the integration of spirituality into mental health clinical practice. Part 1: spiritual history and differential diagnosis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 45, n. 6, p. 506-517, nov./dez. 2023.

NEWBERG, Andrew et al. Cerebral blood flow differences between long-term meditators and non-meditators. **Conscious Cognition**, v. 19, n. 4, p. 899-905, dez. 2010.

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

PARGAMENT, Keneth et al. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 59, n. 12, p. 1335–1348, 2003.

VANDERWEELE, Tyler et al. Association between religious service attendance and lower suicide rates among us women. **Journal of the American Medical Association Psychiatry**, n. 73, p. 845-851, ago. 2016.

VANDERWEELE, Tyler et al. Invited commentary: religious service attendance and implications for clinical care, community participation, and public health. **American Journal of Epidemiology**, v. 191, n. 1, p. 31–35, 2022.

WACHHOLTZ, Amy et al. Effect of different meditation types on migraine headache medication use. **Behavioral Medicine**, v. 43, n. 1, p. 1-8, jan./mar. 2017.

XU, Jiansong et al. Openness to changing religious views is related to radial diffusivity in the genu of the corpus callosum in an initial study of healthy young adults. **Frontiers in Psychology**, v. 27, n. 9, p. 1-8, mar. 2018.

ZEIDAN, Fadel et al. Neural correlates of mindfulness meditation-related anxiety relief. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, v. 9, n. 6, p. 751-759, jun. 2014.

Recebido em: 10/09/2024.

Aceito em: 27/04/2025.