



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS**



**GABRIEL COSENZA AJAUSKAS**

**IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE E NA  
ALIMENTAÇÃO: UMA REVISÃO**

**LIMEIRA**

**2021**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS**



**GABRIEL COSENZA AJAUSKAS**

**IMPACTOS DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NA SAÚDE E NA  
ALIMENTAÇÃO: UMA REVISÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial  
para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição na Faculdade de  
Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Profa. Dra. Joana Pereira de Carvalho Ferreira

**LIMEIRA**

**2021**

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas  
Renata Eleuterio da Silva - CRB 8/9281

Aj17i Ajauskas, Gabriel Cosenza, 1999-  
Impactos da religiosidade/espiritualidade na saúde e na alimentação : uma  
revisão / Gabriel Cosenza Ajauskas. – Limeira, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Joana Pereira de Carvalho Ferreira.  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. Religiosidade. 2. Alimentação. 3. Comportamento alimentar. I. Carvalho-  
Ferreira, Joana Pereira de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Aplicadas. III. Título.

Informações adicionais, complementares

**Título em outro idioma:** Impacts of religiosity/espirituality on health and eating: a review

**Palavras-chave em inglês:**

Religiosity

Feeding

Feeding behavior

**Titulação:** Bacharel em Nutrição

**Banca examinadora:**

Diogo Thimoteo da Cunha

**Data de entrega do trabalho definitivo:** 06-07-2021

**Autor:** Gabriel Cosenza Ajauskas

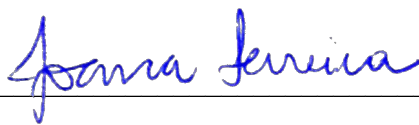
**Título:** Impactos Da Religiosidade/Espiritualidade Na Saúde E Na Alimentação: Uma Revisão

**Natureza:** Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição

**Instituição:** Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas

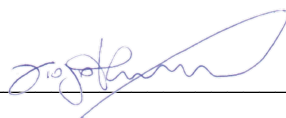
**Aprovado em:** 06/07/2021.

**BANCA EXAMINADORA**



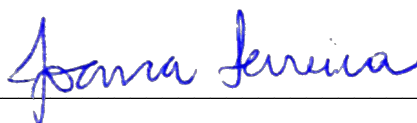
Prof(a). Dr(a). Joana Pereira de Carvalho Ferreira (Orientadora) – Presidente

Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)



Prof(a). Dr(a). Diogo Thimoteo da Cunha – Avaliador

Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)



Prof(a). Dr(a). Joana Pereira de Carvalho Ferreira (Orientadora)

Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)

## RESUMO

AJAUSKAS, Gabriel Cosenza. Impactos Da Religiosidade/Espiritualidade Na Saúde E Na Alimentação: Uma Revisão. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Faculdade de Ciências Aplicadas. Universidade Estadual de Campinas. Limeira. 2021.

Pode haver certa resistência para estudar a religiosidade e a espiritualidade de forma científica, contudo, devido sua relevância na história da humanidade e sua difusão global, vê-se necessidade de se compreender mais a respeito. A religião faz parte da cultura e carrega princípios que moldam a moral, a ética e a forma de um grupo se organizar e se relacionar, portanto, os valores religiosos podem moldar a forma como irão tomar atitudes na sociedade. A doutrina religiosa forma princípios que podem influenciar comportamentos em diversas áreas, como, por exemplo, como os fiéis vão se vestir, consumir produtos, se relacionar e claro, como vão lidar com a saúde e a doença e como vão se alimentar, afinal, a alimentação é, em parte, guiada por princípios. Como o próprio Guia Alimentar para a população brasileira salienta, a alimentação envolve diversos aspectos que vão determinar o hábito alimentar. Tais aspectos vão muito além da ingestão de nutrientes, mas permeiam a dimensão cultural, social e econômica. Portanto, a dimensão religiosa também compõe os determinantes do hábito alimentar e do comportamento alimentar. Logo, a relação entre religião e a vida se torna inegável e cada vez mais estudos têm abordado a relação entre religião, saúde e alimentação. Portanto, o presente trabalho se propôs a estudar os impactos e a influência da R/E na alimentação, na saúde e no comportamento alimentar. Os resultados desta revisão de literatura mostraram que há uma grande associação entre R/E, saúde, alimentação e comportamento alimentar. Foi observado que a R/E possui diferentes mecanismos que podem levar a desfechos diferentes nos hábitos alimentares e na qualidade de vida, sendo necessário maior compreensão destes a fim de que os profissionais de saúde possam lidar melhor com esse tema quando necessário abordar com os pacientes.

Palavras-chave: alimentação, comportamento alimentar, religiosidade, religião, saúde.

## **ABSTRACT**

AJAUSKAS, Gabriel Cosenza. Impacts of Religiosity/Spirituality on Health and Eating: A Review. 2021. Course Completion Work (Graduation in Nutrition) - Faculdade de Ciências Aplicadas. Universidade Estadual de Campinas. Limeira. 2021.

There may be some resistance to studying religiosity and spirituality in a scientific way, however, due to its relevance in the history of humanity and its global spread, there is a need to understand more about it. Religion is part of culture and carries principles that shape morals, ethics and the way a group is organized and related. Therefore, those values will shape the way and take actions in society. Religious doctrine forms principles that will influence how the faithful will get dress, consume products, interact with one another and of course, how they will eat and deal with health and illness. As the Food Guide for the Brazilian population points out, eating involves several aspects that will determine eating habits. Such aspects go far beyond nutrient intake, but permeate the cultural, social and economic dimension. Thus, the religious dimension is also embedded in the determinants of eating habits and eating behavior. So, the relationship between religion and life becomes undeniable and more and more studies have addressed the relationship between religion, health and eating. Accordingly, the present work aimed to study the impacts and the influence of R/S on eating, health and eating behavior. Finally, as was observed through this literature review, there is a great association between R/S, health, eating and eating behavior. It was observed that different mechanisms may lead to different outcomes in eating habits and quality of life, requiring a greater understanding of this by health professionals, so they can better deal with these issues whenever it is necessary to care for patients.

Keywords: eating, eating behavior, religiosity, religion, health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**FAN** Faith, Activity and Nutrition

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**R/E** Religiosidade/Espiritualidade

**TA(s)** Transtorno(s) Alimentar(es)

**VPN** Virtual Private Network

## SUMÁRIO

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 1. Introdução.....;                | 8  |
| 2. Objetivo.....                   | 12 |
| 2.1. Objetivo Geral .....          | 12 |
| 2.2. Objetivos Específicos .....   | 12 |
| 3. Metodologia.....                | 13 |
| 3.1. Critérios de inclusão.....    | 13 |
| 3.2. Critérios de exclusão.....    | 13 |
| 4. Resultados e Discussão.....     | 14 |
| 5. Conclusão.....                  | 29 |
| 6. Referências Bibliográficas..... | 30 |



## **1. INTRODUÇÃO**

Para compreender a relevância de se estudar a relação entre religiosidade, espiritualidade, saúde e alimentação, é necessário primeiramente entender o que é religião, religiosidade e espiritualidade (KOENIG, 2009). Uma boa definição foi encontrada na revisão de Koenig (2012), a qual diz que religião é o conjunto sistematizado de crenças, práticas, comportamentos e rituais relacionados ao transcendente, sendo Deus o transcendente. Muitos autores dizem que o conceito de religiosidade e espiritualidade é parecido (MILLER; THORESEN, 2003; CHATTOPADHYAY, 2007; EYTAN, 2011; KOENIG, 2012; ZIMMER et al, 2016; ABU et al, 2018). Assim como o conceito de saúde envolve muitos aspectos, a definição de religião e religiosidade também envolve uma complexidade de fatores (MILLER; THORESEN, 2003). Mais adiante, na seção dos Resultados e Discussão, serão abordados mais a fundo os conceitos aqui introduzidos. Da mesma forma como foi adotado por diversos trabalhos da revisão bibliográfica presente, será adotado o termo “R/E” para se referir mais facilmente à religiosidade e espiritualidade e a termos semelhantes (MILLER; THORESEN, 2003; CHATTOPADHYAY, 2007; EYTAN, 2011; KOENIG, 2012; ABU et al, 2018).

### **1.1 Por que estudar Religiosidade e Espiritualidade (R/E)? É confiável estudar R/E em relação à saúde e alimentação?**

Para a comunidade acadêmica da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), esta área de estudo se mostra estratégica e essencial devido ao momento histórico que vem sendo vivido pela universidade. A Unicamp adotou um sistema de cotas étnico-raciais visando o combate à discriminação e preconceitos. Como relatado por Manuel Alves Filho (2017) no Jornal da Unicamp, “a criação de múltiplas formas de acesso aos cursos de graduação da Unicamp, incluindo o sistema de cotas étnico-raciais, representa um avanço importante para a Universidade e também para a sociedade”. Visto que a Universidade está recebendo uma variedade de alunos com origens étnico-culturais diversas, se faz interessante compreender a temática da R/E.

Pode haver certa resistência para estudar a religiosidade e a espiritualidade de forma científica, contudo, devido sua relevância na história da humanidade e sua difusão global,

vê-se necessidade de se compreender mais a respeito. Tal importância é vista desta forma por Chatters (2000, p. 352, tradução nossa): “as instituições religiosas ocupam papéis e posições importantes de poder e influência (por exemplo, econômica, educacional, cívica e política) em suas respectivas comunidades”. Sua importância tem crescido nas últimas décadas de forma que muitas universidades têm incluído o estudo da R/E em seus currículos. Além disso, é possível ver ao longo da história instituições e pessoas religiosas impactando e trazendo novas perspectivas para o cuidado e a atenção à saúde. Alguns autores detalham mais o aspecto histórico do envolvimento religioso com as práticas de saúde, tais como Koenig (2012), Moreira-Almeida, Neto e Koenig (2006), e Monteiro et al (2020) (CHATTERS, 2000; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; CHATTOPADHYAY, 2007; KOENIG, 2009; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; KOENIG, 2012; TAN; CHAN; REIDPATH, 2013; GONÇALVES, 2014; RIBEIRO; MINAYO, 2014; DAMIANO et al, 2016; ZIMMER et al, 2016; AMORIM et al, 2017; MISHRA et al, 2017; FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; ROZIER, 2017; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018; FARINHA et al, 2018; BUKHARI et al, 2019; MONTEIRO et al, 2020).

No Brasil, por exemplo, o jornal da Globo revela que em janeiro do ano de 2020 50% da população se dizia católica, 31% evangélicos, 10% sem religião e apenas 1% de ateus. A pesquisa foi realizada em 176 municípios com 2948 entrevistados (G1, 2020). De acordo com o jornal Metro, em notícia divulgada em setembro de 2020, as quatro maiores religiões do mundo são o Cristianismo com 2,4 bilhões de fiéis, o Islamismo com 1,8 bilhões de seguidores, o Hinduísmo com 1,2 bilhões e o Budismo com 520 milhões de adeptos (QUADROS, 2020). E de forma semelhante a revista Superinteressante divulgou dados semelhantes em 2016 (VILAVERDE, 2016).

Também é necessário entender que estudar R/E é confiável. As metodologias de pesquisa de aferição de associação e de impacto da R/E nas diversas esferas da vida vêm sendo desenvolvidas e há um grande repertório na literatura atualmente sobre os prós e contras de diversos métodos. Por isso acredita-se que é confiável o estudo de R/E, apesar da complexidade, de não haver um método padrão e de ser necessária atenção para não gerar viés de um resultado (LARSON et al, 1986; MILLER; THORESEN, 2003; HALL; MEADOR; KOENIG, 2008; FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020).

## **1.2 Como R/E se relaciona com a saúde e a alimentação?**

O conceito de saúde se modificou ao longo do tempo. Antes pensava-se que saúde era a ausência de doença. Porém, nos últimos anos a ideia adotada abrange muitos aspectos da vida, relacionando a saúde ao bem estar físico, mental e social. A relação entre o estado de saúde e de doença já foi associado à religião, fazendo com que epidemias fossem entendidas como um castigo divino sobre a humanidade; o pensamento hipocrático inaugurou a relação harmônica com o ambiente para haver saúde, sendo determinada a necessidade de equilíbrio entre os quatro elementos (água, terra, fogo e ar) e o indivíduo. Existem muitas outras vertentes de pensamentos, mas pode-se dizer que houveram dois grandes marcos na definição desses conceitos nas últimas décadas, sendo um oriundo do pensamento de Christopher Boorse no ano de 1977, que diz que saúde é ausência de doença, e outro atualmente adotado da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946, que define saúde como bem estar físico, mental e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998; FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2016).

Como visto pelo conceito abordado anteriormente, a religião faz parte da cultura e carrega princípios que moldam a moral, a ética e a forma de um grupo se organizar e se relacionar, portanto, os valores religiosos podem moldar a forma como vão tomar atitudes na sociedade. A doutrina religiosa forma princípios que podem influenciar comportamentos em diversas áreas, como, por exemplo, como os fiéis vão se vestir, consumir produtos, se relacionar e claro, como vão se alimentar e lidar com a saúde e a doença (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018; MILLER; THORESEN, 2003; RIBEIRO; MINAYO, 2014; FARINHA et al, 2018; FERREIRA et al, 2020; MONTEIRO et al, 2020).

Como Wettstein; Alves e Goldim (2010, p. 291) explanou, as crenças religiosas podem influenciar diferentes aspectos da vida dos indivíduos, “tais como doação de sangue, vacinação dos filhos, recebimento de cuidados pré-natais, administração de antibióticos e outras drogas e na aceitação de alteração no estilo de vida”. Ainda pondera a respeito dos cuidados no ambiente hospitalar, trazendo a importância de considerar os aspectos espirituais que um paciente carrega no tratamento dietoterápico. Wettstein; Alves e Goldim (2010) também trata da importância da R/E ao demonstrar que elas são usadas como parte dos indicadores para avaliar a qualidade de vida de uma pessoa.

A inserção da espiritualidade na área da saúde também pode ser demonstrada pela sua inclusão como um elemento importante no instrumento WHOQOL SRPB, que é utilizado para aferir a qualidade de vida. Este instrumento incluiu a espiritualidade como um de seus seis domínios (WETTSTEIN; ALVES; GOLDIM, 2010, p. 291).

Dessa forma, baseado nesse conceito de religião e saúde é possível sugerir que a religião está ligada à saúde. Logo, a relação entre religião e a vida se torna inegável e cada vez mais estudos têm abordado a relação entre religião, saúde e alimentação. Vale ressaltar que ainda não existe uma metodologia padrão para analisar de forma eficiente os parâmetros dessa relação, contudo há avanços científicos para melhor compreender os efeitos da R/E tanto na saúde, na alimentação como no desenvolvimento de Transtornos Alimentares (TA). Especificamente no Brasil, são poucos os instrumentos validados para mensuração com amostras significativas e de forma contextualizada à diversidade encontrada no país, porém nas últimas décadas o interesse vem aumentando a produção de materiais mais adaptados. De acordo com os dados obtidos por Damiano et al (2016), o Brasil é um dos cinco países com a maior produção científica da área, trazendo, principalmente, pesquisas relacionando R/E à saúde mental (MILLER; THORESEN, 2003; HALL; MEADOR; KOENIG, 2008; RIBEIRO; MINAYO, 2014; AKRAWI et al, 2015; FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020).

A alimentação é guiada, em parte, por princípios. Como o próprio Guia Alimentar para a população brasileira salienta, a alimentação envolve diversos aspectos que vão determinar o hábito alimentar. Tais aspectos vão muito além da ingestão de nutrientes, mas permeiam a dimensão cultural, social e econômica. Portanto, a dimensão religiosa também compõem os determinantes do hábito e do comportamento alimentar (BRASIL, 2014; HOSSAIN, 2014; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018; BUKHARI et al, 2019).

Em se tratando da influência da religião nas escolhas alimentares, são notáveis por exemplo em datas comemorativas, e montam padrões culturais há muitos anos. A quaresma, páscoa, natal e ramadhan são exemplos disso. A prática de jejuns, restrições alimentares e práticas compartilhadas pela comunidade se fazem presentes e acabam influenciando no hábito alimentar de milhares de pessoas (TREPANOWSKI; BLOOMER, 2010; WETTSTEIN; ALVES; GOLDIM, 2010; HOSSAIN, 2014; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018).

Especificamente para a religião judaica e cristã, a alimentação faz parte dos rituais religiosos e das práticas espirituais adotadas por elas. Por exemplo, vemos alguns paradigmas a respeito da alimentação e nutrição que são amplamente reproduzidos pelos fiéis, como a caracterização de alimentos como puros e impuros, não recomendação e proibição de beber sangue, comer carne com sangue e a necessidade de purificação e limpeza (MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; HOSSAIN, 2014).

Dentro do judaísmo isso é evidente ao notar que eles não consomem carne com sangue e consideram o porco um animal impuro, portanto, não o comem. Para os hinduístas a carne de vaca é sagrada, por exemplo. Os budistas e os hinduístas adotam uma alimentação vegetariana. Em termos mais técnicos, os islâmicos consomem *halal food* e os judeus consomem carne *kosher*. Isso evidencia a complexidade do envolvimento religioso relacionado à alimentação (WETTSTEIN; ALVES; GOLDIM, 2010; TAN; CHAN; REIDPATH, 2013; HOSSAIN, 2014; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018; BUKHARI et al, 2019).

Já a respeito da prática de jejum, constata-se que é uma prática espiritual amplamente utilizada no meio religioso. Algumas religiões, como o cristianismo, judaísmo, islamismo, hinduísmo e budismo se utilizam delas. Sendo assim, a prática do jejum é global. Quanto às evidências científicas, há prós e contras a respeito dessa prática, sendo necessárias mais investigações (TREPANOWSKI; BLOOMER, 2010; LESSAN; ALI, 2019).

Portanto, o presente trabalho se propôs a estudar os impactos e a influência da R/E na alimentação, na saúde e no comportamento alimentar e quais associações podem ser encontradas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

- Fazer uma revisão da literatura a respeito dos impactos da prática religiosa na saúde e no comportamento alimentar.

## **2.2. Objetivos específicos**

- Compreender o impacto da R/E na saúde física e mental
- Compreender quais aspectos do comportamento alimentar são influenciados pela R/E
- Compreender o impacto da prática de jejuns na saúde
- Identificar se existe evidência de associação entre R/E e Transtornos Alimentares

## **3. METODOLOGIA**

Para o presente estudo foi realizada uma revisão de literatura baseada em publicações encontradas nas seguintes bases de dados: Google Acadêmico, PubMed e Lilacs. Não foram aplicados filtros quanto a datas de publicações nem quanto a padrões sociodemográficos, como gênero, idade e raça. Os artigos foram selecionados por meio de busca com palavras-chave como “religiosidade e alimentação” (“religiosity and eating”), “religiosidade e saúde” (“religiosity and health”), “religiosidade e transtornos alimentares” (“religiosity and eating behavior”), “religião e alimentação” (“religion and eating”), “religião e saúde” (“religion and health”) e “religião e comportamento alimentar” (“religion and eating behavior”). Dessa forma, foram formados três conjuntos de palavras-chave para formar a área de pesquisa, sendo a R/E associada à alimentação, à saúde e ao comportamento alimentar. Foram usadas as palavras chave em inglês. Aos artigos que não possuíam acesso gratuito, usou-se a ferramenta *Virtual Private Network* (VPN) da Unicamp para adquirir acesso. Para os trabalhos que mesmo com o uso do VPN não foram liberados, foram excluídos da pesquisa.

**3.1 Critérios de inclusão:** Artigos que se encaixavam no objetivo da pesquisa, escritos em português ou inglês. Deu-se preferência para artigos de meta-análise, revisão sistemática e revisão. Além disso, foram selecionadas pesquisas consideradas relevantes na bibliografia das revisões encontradas.

**3.2. Critérios de exclusão:** Excluídos artigos que pelo título e resumo não se encaixavam no objetivo da pesquisa. Após a leitura completa, pesquisas sem objetivos e metodologia bem descritos.

De forma semelhante e adaptada, devido à maior complexidade de uma revisão sistemática ou meta-análise, estes critérios foram selecionados baseados em autores que também se utilizaram deles, tais como a meta-análise de Hodapp e Zwingmann (2019), de Fernando et al (2019), a revisão sistemática de Abu et al (2018), de Eytan (2011) e de Ismail; Manaf; Mahmud (2019).

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No PubMed, as palavras chave em inglês apresentaram 25 resultados para “religiosity and eating”; 2469 resultados para “religiosity and health”. 22 resultados para “religiosity and eating behavior”. Encontrou-se 513 resultados para “religião e alimentação”. 32001 para “religião e saúde”. E 1607 referente à “religião e comportamento alimentar”. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão abordados acima, foram selecionados, respectivamente, 9, 17 e 12 artigos acadêmicos para os três conjuntos de palavras-chave.

Ao utilizar o Google Acadêmico foram encontrados os seguintes resultados: seguindo os critérios de inclusão e exclusão abordados acima, foram selecionados, respectivamente, 5, 13 e 4 artigos acadêmicos para os três conjuntos de palavras-chave. Quando utilizada a base Lilacs, ao todo, os artigos foram 1, 17 e 0.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão abordados acima, foram selecionados, respectivamente, 15, 47 e 16 artigos acadêmicos para os três conjuntos de palavras-chave em inglês. Para enriquecer a discussão do tema, acrescentados a eles, algumas das melhores citações das revisões selecionadas foram captadas para compor a bibliografia desta revisão.

##### **4.1 Definições de R/E:**

Ao longo da revisão foi possível observar uma grande variedade na forma como era definido o conceito de religiosidade e espiritualidade. É consenso que são conceitos por vezes semelhantes e que tangenciam os mesmos assuntos, tornando mais difícil uma separação entre os dois (CHATTERS, 2000; MILLER; THORESEN, 2003; LEE; NEWBERG, 2005; KIM, 2006; BLANCH, 2007; CHATTOPADHYAY, 2007; SANCHEZ; NAPPO, 2007; KOENIG, 2009; EYTAN, 2011; KOENIG, 2012; GONÇALVES, 2014; RIBEIRO;

MINAYO, 2014; DAMIANO et al, 2016; ZIMMER et al, 2016; ABU et al, 2018; THOMAS et al, 2018; BRAVIN et al, 2019; FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020; MONTEIRO et al, 2020). De forma técnica, utiliza-se tanto neste como em outros trabalhos o termo “R/E” para se referir à religiosidade e espiritualidade (KOENIG, 2009, 2012).

Elucidando primeiramente o conceito de religião, foi considerado o mesmo encontrado na pesquisa de Koenig (2012). Dessa forma, religião é definida como um conjunto sistematizado de crenças, práticas, comportamentos e rituais relacionados ao transcendente, sendo Deus o transcendente. Agarwala, Mishra e Singh (2018) expõem que a religião é baseada em quatro pilares, sendo eles o social, político, cultural e econômico. Na pesquisa realizada por Miller e Thoresen (2003), além de dizer que religião também é um fenômeno institucional, o conceito de religião é abordado trazendo esses pilares e dando ênfase à ideia de que ela é um fenômeno social porque carrega consigo essas características não espirituais também. Ademais, usam a ideia de saúde como exemplo explicativo, ressaltando a complexidade deste conceito, que não se limita à temperatura corporal e à pressão arterial, por exemplo. Da mesma forma, religião é um conceito amplo, permeando os aspectos citados acima. Em outras palavras, os autores descrevem R/E como construtos latentes, ou seja, várias dimensões permeiam seu significado (MILLER; THORESEN, 2003; HACKNEY; SANDERS, 2003).

Segundo Chattopadhyay (2007), religiosidade está relacionada com a aderência às práticas e crenças de uma religião. Para Miller e Thoresen (2003), religiosidade e espiritualidade também derivam do conceito de religião, de ser religioso; “uma pessoa pode ser descrita (ou pode se descrever) como religiosa, implicando em alguma forma de adesão a crenças, práticas e/ou preceitos da religião” (p. 27-28, tradução nossa). De forma mais profunda, os autores dizem: “aquilo que é espiritual é geralmente entendido como transcende os limites físicos comuns de tempo e espaço, matéria e energia” (p. 27, tradução nossa).

Devido a difícil distinção, muitos autores usam os dois termos como iguais a fim de facilitar o desenvolvimento da pesquisa. Portanto, aqui foi seguido da mesma forma, adotando religiosidade e espiritualidade sem distinção (CHATTOPADHYAY, 2007; KOENIG, 2009; EYTAN, 2011; KOENIG, 2012; ABU et al, 2018).

#### **4.2 Evidências das associações entre religiosidade e saúde física e mental:**



Ao todo, foram selecionados 47 trabalhos pelas bases de dados do PubMed (17), Lilacs (17) e Google Acadêmico (13), sendo 42 indicando resultados positivos a respeito da relação entre religiosidade e saúde física e mental (LARSON et al, 1986; LEVIN, 1994; CHATTERS, 2000; KOENIG, 2001; HACKNEY; SANDERS, 2003; MILLER; THORESEN, 2003; COHEN et al, 2005; LEE; NEWBERG, 2005; LEVIN; CHATTERS; TAYLOR, 2005; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; WHOQOL SRPB GROUP, 2006; BLANCH, 2007; CHATTOPADHYAY, 2007; SANCHEZ; NAPPO, 2007; HALL; MEADOR; KOENIG, 2008, 2009; WETTSTEIN; ALVES; GOLDIM, 2010; EYTAN, 2011; SILVA, 2011; KOENIG, 2012; BONELLI; KOENIG, 2013; COUTINHO; MIRANDA-RIBEIRO, 2014; GONÇALVES, 2014; RIBEIRO; MINAYO, 2014; BEZERRA; CESAR; LARA, 2015; DAMIANO et al, 2016; ZIMMER et al, 2016; AMORIM et al, 2017; BIONDO et al, 2017; MISHRA et al, 2017; FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; ROZIER, 2017; ABU et al, 2018; FARINHA et al, 2018; HOLT et al, 2018; BRAVIN et al, 2019; HODAPP; ZWINGMANN, 2019; ABDEL-KHALEK et al, 2019; FERREIRA et al, 2020; FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020; MONTEIRO et al, 2020), e 5 indicando resultados mistos ou não conclusivos (SHMUELI; TAMIR, 2007; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; WIENER et al, 2013; AROUSELL; CARLBOM, 2016; MOREIRA et al, 2020).

De forma predominante, as populações estudadas nesta revisão foram norte americanas e as religiões mais frequentemente investigadas foram de origem cristã. A maioria das pesquisas mostram que a R/E traz benefícios de forma significativa à saúde mental e física. Os fatores indicados como influenciadores destes resultados foram o apoio pastoral e social; a frequência em cultos e celebrações religiosas; os ensinamentos sobre como lidar com os relacionamentos e com o sofrimento; encorajamento e ensinamento de determinadas práticas morais; o oferecimento de significado, pertencimento e propósito para a vida, ensinamentos sobre cuidados com o corpo como algo sagrado; a prática de oração e meditação; e a crença do amor e perdão de Deus (LEVIN, 1994; CHATTERS, 2000; KOENIG, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; WHOQOL SRPB GROUP, 2006; SANCHEZ; NAPPO, 2007; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; SILVA, 2011; KOENIG, 2012; COUTINHO; MIRANDA-RIBEIRO, 2014; GONÇALVES, 2014; RIBEIRO; MINAYO, 2014; DAMIANO et al, 2016; AMORIM et al, 2017; ROZIER, 2017; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018; FARINHA et al, 2018; HOLT et al, 2018;

BRAVIN et al, 2019; FERREIRA et al, 2020; FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020; MONTEIRO et al, 2020).

No âmbito mental, sugeriu-se que tais fatores proporcionam benefícios aos indivíduos para lidarem com o estresse, dor, doenças e dificuldades. Já no aspecto físico ajudam a manter um estilo de vida saudável, promovendo inclusive um envelhecimento mais saudável e mais lento no que se refere a desfechos negativos de saúde. Ensinaamentos sobre não ingestão de bebidas alcoólicas e não uso de drogas reflete em índices de abstinência maior entre os grupos religiosos e de melhor recuperação de pacientes. Muitas religiões também trazem ensinamentos sobre vida sexual, podendo corroborar para atitudes menos arriscadas e iniciação sexual mais tardia, por exemplo. Alguns estudos apontam também para possíveis benefícios na redução da delinquência na juventude, redução dos índices de depressão, ansiedade e outros problemas. Dentre as associações positivas, podemos destacar que a R/E pode melhorar alguns aspectos da qualidade de vida como auto-estima, esperança, otimismo, autocontrole e sensação de paz, por exemplo (LEVIN, 1994; CHATTERS, 2000; KOENIG, 2001; HACKNEY; SANDERS, 2003; LEE; NEWBERG, 2005; LEVIN; CHATTERS; TAYLOR, 2005; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; WHOQOL SRPB GROUP, 2006; SANCHEZ; NAPPO, 2007; KOENIG, 2009; STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; EYTAN, 2011; SILVA, 2011; KOENIG, 2012; BONELLI; KOENIG, 2013; COUTINHO; MIRANDA-RIBEIRO, 2014; GONÇALVES, 2014; RIBEIRO; MINAYO, 2014; AROUSELL; CARLBOM, 2016; DAMIANO et al, 2016; ZIMMER et al, 2016; AMORIM et al, 2017; BIONDO et al, 2017; FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; MISHRA et al, 2017; ROZIER, 2017; FARINHA et al, 2018; HOLT et al, 2018; ABDEL-KHALEK et al, 2019; HODAPP; ZWINGMANN, 2019; FERREIRA et al, 2020; FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020; MONTEIRO et al, 2020).

Abu et al (2018) apresenta uma revisão sistemática sobre R/E associada à qualidade de vida em pacientes com Doenças Cardiovasculares. Apesar de apresentar alguns resultados mistos sobre o possível impacto da R/E sobre a qualidade de vida, a maioria dos artigos revisados mostram que a R/E está positivamente ligada à melhor qualidade de vida, ou seja, emoções positivas, sensação de paz e bem-estar e maior autoestima. Mesmo não sendo possível concluir com clareza quais efeitos possui, observou-se que entre grupos religiosos há alguns aspectos da qualidade de vida dos pacientes que são melhores. Corroborando com essa visão, outros estudos mostram que há menor incidência de fumo e uso de drogas, fator

que contribui para a saúde e qualidade de vida. Assim sendo, os religiosos tendem a adquirir hábitos mais saudáveis e a literatura vem sugerindo que a R/E pode levar a melhores desfechos na saúde dos indivíduos (KOENIG, 2001; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; SHMUELI; TAMIR, 2007; KOENIG, 2009, 2012).

Shmueli e Tamir (2007) também encontraram resultados mistos para judeus, apresentando tanto aspectos positivos quanto negativos relacionados à saúde. Foi demonstrado que os judeus apresentaram menor taxa de fumo e índices de dieta mais saudável. Contudo, houve maiores índices de IMC e menor prática de exercícios físicos.

A explicação para esses resultados pode estar atrelada a dois aspectos que a R/E pode apresentar. Um deles é a maior negligência da saúde decorrente do pensamento de que cuidar desses assuntos é menos espiritual, bem como pela crença no determinismo e justiça divinos, ou outros ensinamentos, podendo induzir à passividade e abdicação da responsabilidade no cuidado da saúde. Outro ponto apresentado é que “as pessoas religiosas podem ter mais paciência para resultados futuros e mais motivação para abandonar hábitos e comportamentos não saudáveis a fim de manter um corpo saudável” (SHMUELI; TAMIR, 2007, p. 706, tradução nossa).

A meta-análise desenvolvida por Hodapp e Zwingmann (2019) focou na associação entre R/E e saúde mental nos povos germânicos. Os resultados foram mais modestos do que a maioria encontrada em populações norte-americanas. De forma geral a meta-análise apresentou um resultado significativamente positivo, contudo, seu valor é baixo e menor quando comparado às outras meta-análises norte-americanas investigadas. Os autores explicam que essa diferença entre os resultados encontrados podem ser esperados pelo fato de os países de língua alemã serem mais secularizados. A expectativa era que houvesse diferenças já que foram realizados em países com populações diferentes e muitas características singulares, contudo, ainda assim foi possível observar uma associação positiva, corroborando com as pesquisas já apresentadas.

Resumindo, podemos ver que a R/E apresenta mecanismos que estão associados a prejuízos e benefícios à saúde. No entanto, estes ainda precisam ser melhor investigados e compreendidos pela ciência. De um lado observa-se que algumas pessoas podem ser induzidas a serem negligentes com sua saúde ao pensar que o cuidado com o corpo não é algo espiritual; podem encarar a dor e o sofrimento como um castigo divino ou como consequência da falta de fé, levando a piora na qualidade de vida; podem sentir-se culpadas

por pecados cometidos, aumentando o nível de ansiedade, depressão e mal estar. Outros problemas também são apontados por Maraldi (2020, p. 775, tradução nossa) ao dizer que “as práticas e crenças religiosas são influenciadas por questões de reputação, preconceitos de estereótipo e favoritismo de grupos”. Essas atitudes induzidas pela motivação de manter uma reputação e um estereótipo dentro da comunidade religiosa podem ainda conduzir a um viés na interpretação dos resultados das avaliações entre R/E e saúde, já que as respostas tenderão a ser positivas. Lee e Newberg (2005) trazem lembrança aos efeitos negativos da religião, dizendo que muitos líderes religiosos abusam dos membros, seja emocional, física ou sexualmente. Outro aspecto ressaltado é que algumas doenças podem ser estigmatizadas, fazendo com certas pessoas não procurem os cuidados médicos adequados (LEVIN, 1994; CHATTERS, 2000; LEE; NEWBERG, 2005; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; SHMUELI; TAMIR, 2007; KOENIG, 2009, 2012; RIBEIRO; MINAYO, 2014; MISHRA et al, 2017; HOLT et al, 2018; MARALDI, 2020; MONTEIRO et al, 2020).

Por outro, há indicativos nos resultados encontrados de que pessoas religiosas podem lidar melhor com situações difíceis devido ao auxílio divino e da comunidade religiosa (suporte social) a qual pertencem; podem sentir uma redução na tensão, ansiedade e depressão através de algumas práticas religiosas, tais como meditação e oração; podem sentir-se mais motivados e confiantes, aumentando a sensação de paz e bem estar, ao ganhar senso de significado e propósito para a vida (LEVIN, 1994; CHATTERS, 2000; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; SHMUELI; TAMIR, 2007; KOENIG, 2009, 2012; RIBEIRO; MINAYO, 2014; ZIMMER et al, 2016; MISHRA et al, 2017; HOLT et al, 2018; MONTEIRO et al, 2020). Esse ponto de vista é partilhado na revisão sistemática de Moreira-Almeida; Neto e Koenig (2006, p. 247, tradução nossa), revelando como o sistema de crenças pode ajudar da seguinte forma: “as crenças religiosas podem fornecer suporte através das seguintes maneiras: aumentando a aceitação, resistência e resiliência. Eles geram paz, autoconfiança, propósito, perdão para as próprias falhas do indivíduo, doação e auto-imagem positiva”. Ainda, estes mesmos autores resumem desta forma os mecanismos que podem auxiliar uma estilo de vida saudável:

Pruyser e Malony descreveram os elementos de uma teologia funcional, presente em todas as religiões, que podem promover uma boa saúde mental. São eles: consciência de Deus, aceitação da graça e do amor de Deus, arrependimento e

responsabilidade social, fé e confiança, envolvimento na religião organizada, companheirismo, ética e tolerância e abertura para as experiências dos outros (PRUYSER, 1976; MALONY, 1988 apud MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006, p. 248, tradução nossa).

Como disse Koenig (2009, p. 287, tradução nossa), “embora as formas positivas de enfrentamento religioso possam reduzir a ansiedade em circunstâncias altamente estressantes, as formas negativas de conflito religioso podem agravá-lo”. Ou seja, como foi visto, algumas atitudes podem levar a diferentes desfechos na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Portanto, os profissionais devem estar atentos a essa questão para identificar se as atitudes religiosas dos pacientes são positivas ou negativas (CHATTERS, 2000; MOREIRA-ALMEIDA; NETO; KOENIG, 2006; SHMUELI; TAMIR, 2007; KOENIG, 2009, 2012; GONÇALVES, 2014; DAMIANO et al, 2016; MISHRA et al, 2017; MONTEIRO et al, 2020).

Se faz necessário mais pesquisas para entender os mecanismos pelos quais a R/E pode influenciar a saúde. Ainda não é possível identificar uma relação causal entre certas práticas e desfechos na saúde, contudo a literatura que se tem até hoje vem demonstrando alguns caminhos com efeitos favoráveis tanto para prevenção e promoção de saúde como para o tratamento de pacientes. Ademais, pode ser de grande valia a inclusão desta área na grade curricular dos profissionais de saúde, oferecendo assim uma atenção integral do paciente (LEVIN, 1994; HACKNEY; SANDERS, 2003; LEE; NEWBERG, 2005; KOENIG, 2012; GONÇALVES, 2014; RIBEIRO; MINAYO, 2014; DAMIANO et al, 2016; BIONDO et al, 2017; FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; BRAVIN et al, 2019; MONTEIRO et al, 2020). Como concluem Levin e Chatters (1998, apud Moreira Almeida; Neto; Koenig, 2006, p. 245, tradução nossa), “a pesquisa existente mostrou que o envolvimento religioso, avaliado de várias maneiras, tem efeitos protetores com relação a uma ampla gama de resultados relacionados ao bem-estar”.

#### **4.3 Evidências das associações entre religiosidade e comportamento alimentar:**

Dos trabalhos analisados, todos obtiveram conclusões com associações predominantemente positivas. A revisão integrou 16 artigos tratando dos hábitos alimentares

e sobre o impacto da prática de jejuns na saúde do indivíduo. Destes, 4 foram específicos sobre jejum, sendo 3 na perspectiva do jejum islâmico, o Ramadã (TREPANOWSKI; BLOOMER, 2010; FERNANDO et al, 2019; ISMAIL; MANAF; MAHMUD, 2019; LESSAN; ALI, 2019). Outros 8 foram estudos de intervenção (HART et al, 2004; HEIMAN et al, 2004; HOLT et al, 2005; BOWEN et al, 2009; WILCOX et al, 2013; SAUNDERS et al, 2014; TAN; CHAN; REIDPATH, 2016; BUKHARI et al, 2019) e outros 4 trataram da associação entre R/E e comportamento alimentar (TAN; CHAN; REIDPATH, 2013; HOSSAIN, 2014; NIMROUZI; ZARE, 2014; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018). De acordo com os dados obtidos, pode-se dizer que a prática de jejuns pode trazer benefícios à saúde e que a R/E pode ter associação positiva com hábitos alimentares.

Agarwala, Mishra e Singh (2018) mostraram em sua revisão aspectos muito interessantes da relação presente entre R/E e o comportamento do consumidor. É descrito que um indivíduo religioso pode ser mais seletivo no momento da compra; “a religiosidade desempenha um papel crucial na redução da aceitação dos consumidores de opiniões e valores opostos aos deles, tornando-os intolerantes” (AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018, p. 39, tradução nossa). No âmbito alimentar isso se torna perceptível quando se vê preferência em comprar comida *halal* por parte dos muçulmanos, por exemplo (HOSSAIN, 2014; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018; BUKHARI et al, 2019). Muitos outros aspectos são abordados tanto neste como em outros trabalhos, revelando como a R/E pode induzir determinados comportamentos (HEIMAN et al, 2004; HOSSAIN, 2014; NIMROUZI; ZARE, 2014; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018; BUKHARI et al, 2019).

Com relação ao hábito alimentar e o consumo de frutas e vegetais, foram observados resultados mistos, ou seja, houve associação entre R/E e alimentação tanto positiva quanto negativa. A maioria dos trabalhos encontrados relataram, entretanto, um aspecto majoritariamente positivo, levando à menor consumo de gordura e maior consumo de frutas e vegetais. De fato há associação, ainda que não seja perfeitamente clara e estabelecida (HOLT et al, 2005; TAN; CHAN; REIDPATH, 2013; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018).

Uma intervenção feita por Hart et al (2004) investigou se havia associação entre religiosidade intrínseca e extrínseca e comportamento alimentar. Os autores encontraram resultados mais positivos para o hábito alimentar no grupo com orientação religiosa extrínseca. O resultado foi inesperado para tal medida de R/E ao passo que a hipótese era de que houvesse maior associação positiva entre o grupo intrinsecamente religioso.

O estudo de corte transversal conduzido entre Adventistas por Tan; Chan; Reidpath (2016) mostrou resultados mistos; apesar de apresentar associações positivas entre R/E e hábito alimentar, não houve para o consumo de frutas e vegetais. Além disso, foi notado consumo de pelo menos cinco porções de frutas e vegetais por dia. Um aspecto a ser destacado deste estudo é que cerca de 20% dos participantes revelaram-se vegetarianos. Em contrapartida, a pesquisa de Hart et al (2004) constatou que a orientação religiosa intrínseca foi positivamente associada ao hábito alimentar mais saudável. Holt et al (2005) conduziu um estudo transversal e encontrou associações positivas para mulheres afro-americanas; o maior consumo de frutas e vegetais e a importância dada ao seu consumo foi associada às mulheres mais religiosas.

Corroborando com os resultados citados acima, a revisão sistemática de Tan, Chan e Reidpath (2013) oferece um ponto relevante: dentre as pesquisas feitas entre as diversas religiões a que parece se destacar em maior consumo de frutas e vegetais e menor consumo de gordura são os Adventistas, sendo que este grupo representou grande parte dos achados entre outros grupos religiosos da revisão. Essa informação procede com o achado dos mesmos autores no ano de 2016, como citado acima (TAN; CHAN; REIDPATH, 2016).

A revisão sistemática de Tan, Chan e Reidpath (2013) conclui que há muitos resultados mistos quanto à associação entre R/E e o consumo alimentar. Os autores dizem ainda que “apenas 20% (5 em 25) dos jornais relataram a validade das medidas de R/E, e 52% (13 de 25) relataram confiabilidade de pelo menos uma das medidas de R/E” (TAN; CHAN; REIDPATH, 2013, p. 12, tradução nossa). Com isso, vemos que ainda é necessário mais investimentos na área a fim de se obter maior compreensão (TAN; CHAN; REIDPATH, 2013; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018).

Bowen et al (2009) buscou examinar se um programa dietético poderia melhorar o hábito alimentar em um grupo religioso randomizado. O trabalho apresentou, apesar de suas limitações metodológicas referidas pelo autor (como o uso de medidas de auto relato, por exemplo), melhoras no hábito após a aplicação do programa, demonstrando tanto aumento do consumo de fibras como diminuição do consumo de gorduras. Outros dois trabalhos utilizaram um mesmo programa em igrejas norte-americanas, chamado *FAN (Faith, Activity and Nutrition)*. Ambos foram realizados com grupos cristãos randomizados. Wilcox et al (2013) registrou um resultado positivo significativo após a intervenção do programa apenas para o tempo de lazer, contudo, para alimentação e atividade física não apresentou



significância. Ou seja, após a aplicação do programa houve melhora no indicador de tempo de lazer, mas não houve melhoras significativas para o consumo de frutas e vegetais nem de atividade física. Um fato a se destacar é que foram usadas medidas auto-relatadas para o consumo de frutas, vegetais e fibras e de atividade física, o que enfraquece o poder e eficácia da avaliação. De forma semelhante, o programa *FAN* aplicado em 2014 obteve resultados mistos para as análises feitas. Para o nível de atividade física houve melhora significativa, no entanto para o consumo alimentar não foi obtido a mesma associação em todos os índices (WILCOX et al, 2013; SAUNDERS et al, 2014). Estes estudos podem demonstrar se a cultura da igreja pode ser adaptada a longo prazo para produzir melhoras na saúde e hábito alimentar dos membros, contudo é necessário mais pesquisas avaliando essa dimensão (BOWEN et al, 2009; WILCOX et al, 2013; SAUNDERS et al, 2014).

Majoritariamente foram lidos artigos sobre o jejum praticado pelos islâmicos. O Ramadã é um tipo de jejum parecido com o jejum intermitente, sendo do nascer ao pôr do sol, contudo as diferentes latitudes e longitudes podem determinar uma duração diferente. Por ser praticado em muitas regiões e culturas diferentes, torna-se mais complexo identificar os efeitos devido ao grande número de fatores que influenciam a dieta (como tempo de jejum, estilo de vida, idade, gênero) (TREPANOWSKI; BLOOMER, 2010; FERNANDO et al, 2019; ISMAIL; MANAF; MAHMUD, 2019; LESSAN; ALI, 2019). Também foi observado que a perda de peso observada durante o Ramadã, na maioria dos casos, foi readquirida após o término do jejum. Isso indica que apesar de gerar mudanças durante sua prática, o jejum não se mostra como um modificador do hábito alimentar e da saúde após o seu fim, ou seja, está restrita ao período do jejum (FERNANDO et al, 2019; ISMAIL; MANAF; MAHMUD, 2019; LESSAN; ALI, 2019). Nas palavras de Lessan; Ali (2019, p. 9, tradução nossa) vemos: “como em alguns outros estudos que registraram peso pós-Ramadã, este estudo mostrou que todo o peso perdido foi recuperado 4-5 semanas após o Ramadã”.

Estes artigos relataram de forma equivalente alguns desfechos de saúde proporcionados pelo jejum do Ramadã, tais como a perda de peso, consequente da redução da ingestão calórica, e redução de massa gorda. Ainda, relataram melhora na resistência à insulina e de indicadores de colesterol, LDL e HDL, sendo estes últimos resultados mais inéditos na literatura do tema. A incerteza quanto a alguns dados se deve, como dito acima, à grande variabilidade de fatores que influenciam o jejum do Ramadã (TREPANOWSKI;



BLOOMER, 2010; FERNANDO et al, 2019; ISMAIL; MANAF; MAHMUD, 2019; LESSAN; ALI, 2019).

Diante disso, observa-se uma grande variedade de estudos que nos permite avaliar algumas importantes associações entre R/E e comportamento alimentar. Não obstante, é necessária uma maior compreensão do tema tanto no islamismo como em outras esferas religiosas a fim enxergar com maior profundidade a relação entre a prática de jejuns, os efeitos desencadeados na saúde dos praticantes e qual associação pode ser estabelecida (TREPANOWSKI; BLOOMER, 2010; FERNANDO et al, 2019; ISMAIL; MANAF; MAHMUD, 2019; LESSAN; ALI, 2019).

#### **4.4 Evidências das associações entre religiosidade e comer transtornado**

Foram incluídos 15 artigos tratando da associação entre R/E e Transtornos Alimentares (TA) (KIM, 2006; BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; ABRAHAM; BIRMINGHAM, 2008; GATES; PRITCHARD, 2009; ALMEIDA; NEVES, 2012; BOISVERT; HARREL, 2012; PIRUTINSKY; ROSMARIN; HOLT, 2012; HOMAN; CAVANAUGH, 2013; SHAFRAN; WOLOWELSKY, 2013; INMAN; ICEBERG; MCKEEL, 2014; AKRAWI et al, 2015; THOMAS et al, 2018; WILHELM et al, 2018; LATZER; STEIN; WITZTUM, 2019; HOSKIN et al, 2020). Foram analisados estudos com corte transversal e algumas revisões. De acordo com os resultados encontrados pode-se sugerir uma associação favorável, ou seja, maior nível de R/E está associado à menor vulnerabilidade e risco para TAs.

Dos trabalhos analisados, 3 obtiveram resultados negativos (ABRAHAM; BIRMINGHAM, 2008; GATES; PRITCHARD, 2009; THOMAS et al, 2018), 3 com resultados mistos ou sem associação (WILHELM et al, 2018; LATZER; STEIN; WITZTUM, 2019; HOSKIN et al, 2020) e 9 com associações positivas (KIM, 2006; BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; ALMEIDA; NEVES, 2012; BOISVERT; HARREL, 2012; PIRUTINSKY; ROSMARIN; HOLT, 2012; HOMAN; CAVANAUGH, 2013; SHAFRAN; WOLOWELSKY, 2013; INMAN; ICEBERG; MCKEEL, 2014; AKRAWI et al, 2015).

Em se tratando desse tema, é de se pensar que uma associação positiva entre R/E e saúde mental pode facilmente incluir na hipótese que o comportamento alimentar e a imagem corporal também será saudável e, portanto, haveria uma associação protetiva da R/E em

relação aos transtornos alimentares. Por exemplo, como apresentado por Shafran e Wolowelsky (2013), o maior nível de R/E poderia conduzir os fiéis a se sentirem mais amados por Deus e os ensinamentos religiosos podem carregar valores de modéstia e simplicidade, reduzindo o risco de transtornos. A revisão sistemática de Bonelli e Koenig (2013), em contrapartida, não encontrou nenhuma evidência a esse respeito. Estes autores realizaram uma revisão investigando associação entre saúde mental e R/E. Dentre alguns aspectos envolvidos na saúde mental, entravam os transtornos alimentares, entretanto não foram observadas evidências da literatura que permitam afirmar que há uma associação.

Apesar de ser amplamente vista uma associação positiva entre saúde física e mental, bem estar, menos estresse, ansiedade e depressão, como abordado anteriormente na seção 4.2, os mesmos possíveis benefícios podem não ser aplicáveis para evitar o desenvolvimento de comportamentos alimentares pouco saudáveis, e de transtornos alimentares (KIM, 2006; BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; GATES; PRITCHARD, 2009; HOSKIN et al, 2020). Como elucidou Kim (2006, p. 286, tradução nossa), “vários aspectos da religião podem afetar a autoestima de forma diferente, dependendo das crenças teológicas e imagens sobre Deus, e experiências diferenciais nas relações entre os devotos”.

Os resultados, como apresentado acima, revelam-se predominantemente positivos quanto a esse tema, mas ainda há necessidade de conduzir mais pesquisas na área. De forma geral, a incidência de TAs têm sido ligada a diversos valores da cultura ocidental, sendo mais prevalente em mulheres jovens (KIM, 2006; BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; ABRAHAM; BIRMINGHAM, 2008; ALMEIDA; NEVES, 2012; BOISVERT; HARREL, 2012; HOMAN; CAVANAUGH, 2013; INMAN; ICEBERG; MCKEEL, 2014; LATZER; STEIN; WITZTUM, 2019; HOSKIN et al, 2020).

Alguns autores explicam mecanismos pelos quais a cultura religiosa pode levar a atitudes negativas quanto ao comportamento alimentar (KIM, 2006; BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; ABRAHAM; BIRMINGHAM, 2008; GATES; PRITCHARD, 2009; THOMAS et al, 2018; HOSKIN et al, 2020). O ensinamento sobre rejeição do materialismo pode ser transferido em atitudes que se revelam em rejeição à comida (ABRAHAM; BIRMINGHAM, 2008); o ideal de perfeccionismo para o corpo e atitudes pode ser reforçado pela cultura da religião (THOMAS et al, 2018; WILHELM et al, 2018; LATZER; STEIN; WITZTUM, 2019; HOSKIN et al, 2020); o controle excessivo por parte dos pais e pressão da comunidade religiosa (ABRAHAM; BIRMINGHAM, 2008; LATZER; STEIN; WITZTUM,

2019); a presença de culpa e vergonha pelo pecado (KIM, 2006; BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; GATES; PRITCHARD, 2009; INMAN; ICEBERG; MCKEEL, 2014); a crença de que o pecado deve ser compensado para alcançar favor de Deus (GATES; PRITCHARD, 2009).

Por outro lado, também são apresentados mecanismos pelos quais a R/E pode corroborar para melhores desfechos. A crença do corpo como algo sagrado muitas vezes está associada a menores taxas de TAs (BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; AKRAWI et al, 2015); o suporte social e a ênfase em caridade e cuidado com o próximo pode ajudar a aumentar a auto-estima (KIM, 2006; INMAN; ICEBERG; MCKEEL, 2014); um relacionamento seguro com Deus, a crença de ser amado e aceito por Deus, e a orientação religiosa intrínseca foi mais associada com menores comportamentos transtornados (KIM, 2006; BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; PIRUTINSKY; ROSMARIN; HOLT, 2012; HOMAN; CAVANAUGH, 2013; SHAFRAN; WOLOWELSKY, 2013; INMAN; ICEBERG; MCKEEL, 2014; AKRAWI et al, 2015). A prática de meditação e oração também foram associados a melhores resultados (BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; INMAN; ICEBERG; MCKEEL, 2014; HOSKIN et al, 2020).

Um aspecto interessante observado e descrito acima são as consequências do ideal de perfeição adotado tanto pela sociedade como por algumas religiões (HOSKIN et al, 2020). A literatura aponta sem oposições os efeitos negativos do ideal imposto pela mídia em nossa sociedade (KIM, 2006; ABRAHAM; BIRMINGHAM, 2008; BOYATZIS; KLINE; BACKOF, 2007; BOISVERT; HARREL, 2012; HOMAN; CAVANAUGH, 2013; INMAN; ICEBERG; MCKEEL, 2014; LATZER; STEIN; WITZTUM, 2019; HOSKIN et al, 2020). Contudo, sob o ponto de vista religioso, tal ideia de perfeccionismo tem se mostrado contraditória. Hoskin et al (2020, p. 3, tradução nossa) expõe essa dualidade da seguinte forma: “a relação do indivíduo com a comida e o corpo é um símbolo de uma busca (às vezes infrutífera) por controle e perfeição”, ou seja, neste caso, essa crença é considerada um fator de risco para a sintomatologia de TAs ao instigar a busca pelo corpo perfeito idealizado pela mídia através de práticas espirituais, como o jejum. Em outro trecho afirma o potencial protetor dessa mesma ideia, ao afirmar que (2020, p. 3, tradução nossa) “a religião, em contraste, coloca mais ênfase no esforço em direção à perfeição espiritual, ao invés da perfeição corporal”. Dessa forma, Hoskin et al (2020) apresenta que há muito a ser entendido a respeito da relação e as implicações entre R/E, alimentação e TAs.

Apesar de haver questões a serem melhor compreendidas, como esta revisão captou, a R/E tem mostrado uma tendência majoritariamente positiva, oferecendo mecanismos protetores. Como concluído por Akrawi et al (2015, p. 8, tradução nossa) em sua revisão sistemática, “há evidências que sugerem que a intervenção religiosa e espiritual pode ser eficaz no tratamento de transtornos alimentares”.

#### **4.5 Evidências de estratégias integrativas do cuidado religioso/espiritual ao modelo biopsicossocial:**

Como dito na seção de 1 e 4.2, há uma forte relação entre R/E e saúde, de forma que é possível inserir essa área na investigação da qualidade de vida dos indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998; WHOQOL SRPB GROUP, 2006; WETTSTEIN; ALVES; GOLDIM, 2010). De acordo com esses autores, a R/E pode contribuir na promoção da saúde, prevenção e tratamento de pacientes. Tais autores abordam uma variada gama de aspectos sociodemográficos, diferentes doenças, seja a nível agudo ou crônico, usando diversos métodos avaliativos, oferecendo os efeitos protetores, benéficos e saudáveis da R/E (LEE; NEWBERG, 2005; BLANCH, 2007; SANCHEZ; NAPPO, 2007; SILVA, 2011; KOENIG, 2012; GONÇALVES, 2014; DAMIANO et al, 2016; AMORIM et al, 2017; BIONDO et al, 2017; FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; FARINHA et al, 2018; BRAVIN et al, 2019; FERREIRA et al, 2020; FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020; MONTEIRO et al, 2020).

O modelo médico de cuidado utilizado visa atender ao conceito de saúde adotado pela OMS através do cuidado humanizado e integral, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, sendo formalmente denominado de modelo biopsicossocial (FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2016). Contudo, uma nova vertente de pesquisadores vem afirmando uma nova faceta, a espiritual. Com isso vem o termo “biopsicosocioespiritual” usado por Silva (2011). Como disseram Monteiro et al (2020, p. 31) “a espiritualidade se coloca como inerente à natureza humana, fazendo parte da vida da maioria das pessoas”. Assim também afirmam Biondo et al (2017, p. 599): “considerando que a OMS inclui desde 1998 tal aspecto nos domínios que devem ser levados em conta na avaliação para promover a saúde”.

Em outras palavras, Koenig (2012) afirma que, assim como os profissionais de saúde precisam saber se o paciente fuma ou consome bebidas alcoólicas, também precisa identificar se há R/E no paciente. Diante disso, como afirmam esses pesquisadores, os profissionais de saúde precisam estar preparados para lidar com situações em que o paciente possui alguma crença e incluir a R/E no tratamento dos pacientes, sempre respeitando sua autonomia e decisão a fim de manter o cuidado holístico (LEE; NEWBERG, 2005; BLANCH, 2007; SANCHEZ; NAPPO, 2007; SILVA, 2011; KOENIG, 2012; AMORIM et al, 2017; BIONDO et al, 2017; FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; FARINHA et al, 2018; BRAVIN et al, 2019; FERREIRA et al, 2020; FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020; MONTEIRO et al, 2020).

Um exemplo interessante é trazido pelas autoras Bezerra, Cesar, Lara (2015) ao trazerem aspectos bioéticos do cuidado com pacientes Testemunhas de Jeová. É levantada a questão de como proceder nos cuidados obstétricos diante da recusa de transfusão de sangue por parte dessa população. Tal problemática deve receber atenção visto que no Brasil há uma população com número de membros considerável e visto que tal comportamento influencia tanto a mãe como o bebê. As autoras exploram uma contradição com base nas leis disponíveis pela constituição brasileira e por códigos de ética médica, que dão vazão tanto ao direito de autonomia do paciente quanto ao médico para realizar os procedimentos quando há risco iminente de morte, desconsiderando a decisão do paciente. Diante do exposto, defendem que mesmo que o desejo médico seja salvar a vida da mãe e do bebê, a autonomia do paciente não pode ser infringida, fazendo-o obrigado a seguir uma prática médica que sua crença não admite.

Na área da alimentação não é diferente, como já abordado nas seções 4.3 e 4.4, a R/E pode influenciar vários aspectos alimentares. O profissional deve respeitar as decisões do paciente e todas as restrições alimentares envolvidas pelas crenças devem ser compreendidas e trabalhadas de forma ética (WETTSTEIN; ALVES; GOLDIM, 2010). Esse discurso empregado reforça a ideia do cuidado integral do paciente levando em consideração a autonomia e crenças do paciente.

Com isso, a pergunta que se faz entre os autores é como integrar a R/E. De acordo com Lee e Newberg (2005) alguns desafios para que isso não aconteça são: a falta de tempo, treinamento inadequado, desconforto em abordar os tópicos e dificuldade em identificar pacientes que desejam discutir questões espirituais por esta discrepância.

Koenig (2012) apresenta algumas formas, tais como captar a história espiritual do paciente, identificando o papel que a crença desempenha em sua vida, na forma como lida com práticas médicas e com o tratamento. Mesmo que o profissional não tenha crenças ou tenha outras, isso não deve influenciar na decisão de recolher informações da história espiritual. É colocado ainda que a atitude do profissional frente à crença deve ser neutra, respeitando as informações colhidas da história espiritual mesmo que sejam conflitantes e até contrárias à prática médica (BLANCH, 2007).

Ainda, Koenig (2012) pontua que o profissional de saúde não deve confrontar as crenças do paciente, sendo que este caso quase sempre será reagido com resistência. Ao invés disso, deve conversar com o líder religioso para aconselhar e conversar com o paciente. Há grande vantagem em chamar o líder religioso para participar desse processo pois pode oferecer o conhecimento sobre as crenças que o profissional precisa (BLANCH, 2007). Outro aspecto trazido a respeito da prática clínica envolvendo a espiritualidade é a de que o profissional deve deixar a iniciativa para o paciente. Tendo conhecimento advindo da história espiritual, o profissional deve demonstrar estar disponível caso o paciente deseje orar, por exemplo, mas a iniciativa não deve partir do profissional. Neste caso em que a oração é pedida, deve ser realizada em local privado. Essas e outras práticas são destacadas no trabalho desenvolvido por Koenig (2012) buscando esclarecer como os profissionais podem agir, ainda que não haja um procedimento padrão.

Por fim, baseando-se neste corpo da literatura, o tema da R/E se torna um aspecto cada vez mais importante na prática dos profissionais de saúde, requisitando maior preparo destes para oferecer um serviço de qualidade.

## **5. CONCLUSÃO**

Como foi observado através desta revisão de literatura, há uma grande associação entre R/E, saúde, alimentação e comportamento alimentar. Foi observado que a R/E possui diferentes mecanismos que podem levar a desfechos diferentes nos hábitos alimentares e na qualidade de vida, sendo necessário maior compreensão destes a fim de que os profissionais de saúde possam lidar melhor com esse tema quando necessário abordar com os pacientes, e assim fornecer um cuidado mais eficaz (KOENIG, 2012; FOCH; SILVA; ENUMO, 2017; BRAVIN et al, 2019).

Quanto à alimentação, de forma geral observou-se que a religiosidade está associada a um padrão alimentar de qualidade, com maior consumo de frutas, vegetais e muitas vezes menos consumo de carnes. De acordo com os dados obtidos a respeito da prática de jejuns religiosos, não há dados conclusivos na literatura que comprovem sua eficácia a longo prazo em alterar o consumo alimentar e em resultados de saúde e emagrecimento. Ainda assim, foi visto que tal prática não conduz a maus hábitos nem traz malefícios à qualidade de vida dos indivíduos (TREPANOWSKI; BLOOMER, 2010; TAN; CHAN; REIDPATH, 2013; AGARWALA; MISHRA; SINGH, 2018).

Quando investigou-se especificamente a associação entre R/E e transtornos alimentares, observou-se predominância de autores que revelam a R/E como aspecto protetor. Dessa forma, corroborando com os achados ligados ao hábito alimentar, a R/E mostra oferecer benefícios na área alimentar como todo (AKRAWI et al; 2015).

Algumas limitações da metodologia foram identificadas: alguns trabalhos não tinham livre acesso disponível levando a maior dificuldade e defasagem de acessar pesquisas melhor elaboradas. A exemplo disso, alguns livros também não puderam ser consultados, como o “Handbook of religion and health”. Essa dificuldade, contudo, não impediu esta pesquisa de encontrar bons artigos e fazer uma revisão bem elaborada sobre o tema. Ademais, muitos artigos podem não ter sido selecionados por não terem sido usadas outras bases de dados, limitando a captação.

Em conclusão, ao longo desta revisão foi percebido de forma notável como os autores deixavam clara a necessidade de fazer mais pesquisas na área e de se desenvolver cada vez mais a metodologia de pesquisa para chegar a resultados cada vez mais acurados e conclusivos. É de se concordar com tal visão e espera-se que esta revisão abra portas para futuros investimentos sobre R/E, saúde e alimentação para a comunidade acadêmica da Unicamp e do Brasil.

## 6. REFERÊNCIAS

ABDEL-KHALEK, A. M.; et al. **The Relationship Between Religiosity And Anxiety: A Meta-Analysis**. Journal of Religion and Health. V. 58, n. 5, p. 1847-1856. 2019.

ABRAHAM, N. K.; BIRMINGHAM, C. L. **Is There Evidence That Religion Is A Risk Factor For Eating Disorders?**. Eating Weight Disord. V. 13, n. 4, p. 75-78. 2008.

ABU H. O.; et al. **Association Of Religiosity And Spirituality With Quality Of Life In Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review**. Quality of Life Research. V. 27, p. 2777-2797. 2018.

AGARWALA, R.; MISHRA, P.; SINGH, R. **Religiosity And Consumer Behavior: A Summarizing Review**. Journal of Management, Spirituality & Religion. V. 16, n. 1, p. 32-54. 2018.

AKRAWI D.; et al. **Religiosity, Spirituality In Relation To Disordered Eating And Body Image Concerns: A Systematic Review**. Journal of Eating Disorders BMC. V. 3, n. 29. 2015.

ALMEIDA, V. M.; NEVES, A. K. S. **Anorexia Santa E Anorexia Contemporânea: O Mesmo Transtorno Em Épocas Distintas?**. Rev Med Minas Gerais. V. 22, n. 3, p. 348-353. 2012.

AMORIM, D. N. P.; et al. **Associação Da Religiosidade Com A Capacidade Funcional Em Idosos: Uma Revisão Sistemática**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. V. 20, n. 5, p. 727-735. 2017.

AROUSELL, J; CARLBOM, A. **Culture And Religious Beliefs In Relation To Reproductive Health**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. V. 32, p. 77-87. 2016.

BEZERRA, A. P. A.; CESAR, M. B.; LARA, S. R. G. **Recusa A Transusão De Sangue Por Gestantes E Puérperas Testemunhas De Jeová**. Rev Min Enferm. V. 19, n. 4, p. 1043-1051. 2015.



BIONDO, C. S.; et al. **Espiritualidade Nos Serviços De Urgência E Emergência**. Revista de Bioética. V. 25, n. 3, p. 596-602. 2017.

BLANCH, A. **Integrating Religion And Spirituality In Mental Health: The Promise And The Challenge**. Psychiatric Rehabilitation Journal. V. 30, n. 4, p. 251-260. 2007.

BOISVERT, J. A.; HARREL, W. A. **The Impact Of Spirituality On Eating Disorder Symptomatology In Ethnically Diverse Canadian Women**. International Journal of Social Psychiatry. V. 59, n. 8, p. 729-738. 2012.

BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. **Mental Disorders, Religion And Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review**. Journal of Religion and Health. V. 52, p. 657-673. 2013.

BOWEN, D. J.; et al. **Effects Of A Multilevel Dietary Intervention In Religious Organizations**. American Journal of Health Promotion. V. 24, n. 1, p. 15-22. 2009.

BOYATZIS, C. J.; KLINE, S.; BACKOF, S. **Experimental Evidence That Theistic-Religious Body Affirmations Improve Women's Body Image**. Journal for the Scientific Study of Religion. V. 46, n. 4, p. 553-564. 2007.

BRASIL. **Guia Alimentar Para A População Brasileira**. 2ª Edição. 1ª Reimpressão. Brasília. 2014.

BRAVIN, A. M.; et al. **Benefícios Da Espiritualidade E/Ou Religiosidade Em Pacientes Renais Crônicos: Revisão Integrativa**. Rev. Bras. Enferm. V. 72, n. 2, p. 567-577. 2019.

BUKHARI, S. F. H.; et al. **Is Religiosity An Important Consideration In Muslim Consumer Behavior. Exploratory Study In The Context Of Western Imported Food In Pakistan**. Journal of Islamic Marketing. V. 10, n. 4, p. 1288-1307. 2019.

CHATTERS, L. M. **Religion And Health: Public Health Research And Practice**. Rev. Public Health. 2000. V. 21, p. 335–367. 2000.

CHATTOPADHYAY, S. **Religion, Spirituality, Health And Medicine: Why Should Indian Physicians Care?**. Journal of Postgraduate Medicine. V. 53, n. 4, p. 262-266. 2007. Disponível em: <<https://www.jpghonline.com/text.asp?2007/53/4/262/33967>>. Acesso em 24/02/2021.

COHEN, A. B et. al. **Social Versus Individual Motivation: Implications For Normative Definitions Of Religious Orientation**. Personality and Social Psychology Review. V. 9, n. 1, p. 48-61. 2005.

COUTINHO, R. Z.; MIRANDA-RIBEIRO, P. **Religião, Religiosidade E Iniciação Sexual Na Adolescência E Juventude: Lições De Uma Revisão Bibliográfica Sistemática De Mais De Meio Século De Pesquisas**. R. Bras. Est. Pop. V. 31, n. 2, p. 333-365. 2014.

CZERESNIA, D; MACIEL, E.M.G.S; OVIEDO, R.A.M. **Os Sentidos Da Saúde E Da Doença**. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 1ª Reimpressão: 2016.

DAMIANO, R. F.; et al. **Brazilian Scientific Articles On “Spirituality, Religion And Health”**. Arch. Clin. Psychiatry. V. 43, n. 1, p. 11-16. 2016.

DE OLIVEIRA MARALDI, E. **Response Bias In Research On Religion, Spirituality And Mental Health: A Critical Review Of The Literature And Methodological Recommendations**. Journal of Religion and Health. V. 59, n. 2, p. 772-783. 2020.

EYTAN, A. **Religion And Mental Health During Incarceration: A Systematic Literature Review**. Psychiatr Q. V. 82, p. 287-295. 2011.

FARINHA, F. T.; et al. **Correlação Entre Espiritualidade, Religiosidade E Qualidade De Vida Em Adolescentes**. Revista de Bioética. V. 26, n. 4, p. 567-573. 2018.

FERNANDO, H. A.; et al. **Effect Of Ramadan Fasting On Weight And Body Composition In Healthy Non-athlete Adults: A Systematic Review And Meta-analysis.** *Nutrients.* V. 11, n. 2. 2019.

FERREIRA, L. F.; et al. **A Influência Da Espiritualidade E Da Religiosidade Na Aceitação Da Doença E No Tratamento De Pacientes Oncológicos: Revisão Integrativa Da Literatura.** *Revista Brasileira de Cancerologia.* V. 66, n. 2. 2020.

FILHO, M. A. **Em Decisão Histórica, Unicamp Aprova Cotas Étnico-raciais E Vestibular Indígena.** *JORNAL DA UNICAMP.* 2017. Disponível em: <<https://www.unicamp.br/unicamp/ju/noticias/2017/11/22/em-decisao-historica-unicamp-aprova-cotas-etnico-raciais-e-vestibular>> Acesso em: 17/03/2021.

FILHO, N. A. **O Que É Saúde?** Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2011.

FOCH, G. F. L.; SILVA, A. M. B.; ENUMO, S. R. F. **Coping Religioso/Espiritual: Uma Revisão Sistemática De Literatura (2003–2013).** *Arquivos Brasileiros de Psicologia.* V. 69, n. 2, p. 53-71. 2017.

FORTI, S.; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. **Mensuração Da Espiritualidade/Religiosidade Em Saúde No Brasil: Uma Revisão Sistemática.** *Ciência & Saúde Coletiva.* V. 25, n. 4, p. 1463-1474. 2020.

G1. **50% Dos Brasileiros São Católicos, 31%, Evangélicos E 10% Não Têm Religião, Diz Datafolha.** 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/13/50percent-dos-brasileiros-sao-catolicos-31percent-evangelicos-e-10percent-nao-tem-religiao-diz-datafolha.ghtml>> Acesso em: 15/01/2021.

GATES, K.; PRITCHARD, M. **The Relationships Among Religious Affiliation, Religious Angst, And Disordered Eating.** V. 14, p. 11-15. 2009.

GONÇALVES, J. P. B. **Intervenções Espirituais E/Ou Religiosas Na Saúde: Revisão Sistemática E Meta-análise De Ensaio Clínico Controlado**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2014.

HACKNEY, C. H.; SANDERS, G. S. **Religiosity And Mental Health: A Meta-Analysis Of Recent Studies**. Journal for the Scientific Study of Religion. V. 42, n. 1, p. 43–55. 2003.

HALL, D. E.; MEADOR, K. G.; KOENIG, H. G. **Measuring Religiousness In Health Research: Review And Critique**. J Relig Health. V. 47, p. 134–163. 2008.

HART, A.; et al. **Is Religious Orientation Associated With Fat And Fruit/Vegetable Intake?**. Journal Of The American Dietetic Association. 2004.

HEIMAN, A.; et al. **Religion, Religiosity, Lifestyles And Food Consumption**. ARE Update. V. 8, p. 9-11. 2004.

HODAPP, B.; ZWINGMANN, C. **Religiosity/Spirituality And Mental Health: A Meta-analysis Of Studies From The German-speaking Area**. Journal of Religion and Health. V. 58, n. 6, p. 1970-1998. 2019.

HOLT, C. L.; et al. **Role Of Religious Social Support In Longitudinal Relationships Between Religiosity And Health-related Outcomes In African Americans**. J Behav Med. V. 41, n. 1, p. 62-73. 2018.

HOLT, C. L.; et al. **The Role Of Religiosity In Dietary Beliefs And Behaviors Among Urban African American Women**. Cancer Control. 2005.

HOMAN, K. J.; CAVANAUGH, B. N. **Perceived Relationship With God Fosters Positive Body Image In College Women**. Journal of Health Psychology. V. 18, n. 12, p. 1529-1539. 2013.

HOSKIN, R. A.; et al. **Holy Anorexia: Views Of Femininity As A Potential Mediator In The Association Between Religiosity And Disordered Eating.** Women's Studies International Forum. V. 79. 2020.

HOSSAIN, M. Z. **What Does Islam Say About Dieting?.** J. Relig Health. V. 53, p. 1003–1012. 2014.

INMAN, M.; ICEBERG, E.; MCKEEL, L. **Do Religious Affirmations, Religious Commitments, Or General Commitments Mitigate The Negative Effects Of Exposure To Thin Ideals?.** Journal for the Scientific Study of Religion. V. 53, n. 1, p. 38–55. 2014.

ISMAIL, S.; MANAF, R. A.; MAHMUD, A. **Comparison Of Time-restricted Feeding And Islamic Fasting: A Scoping Review.** EMHJ. V. 25, n. 4, p. 239-345. 2019.

KIM, K. H. **Religion, Body Satisfaction And Dieting.** Appetite. V. 46, p. 285–296. 2006.

KOENIG, H. G. **Religion And Medicine II: Religion, Mental Health, And Related Behaviors.** Journal of Psychiatry In Medicine. V. 31, n. 1, p. 97-109. 2001.

KOENIG, H. G. **Research On Religion, Spirituality, And Mental Health: A Review.** Canadian Journal of Psychiatry. V. 54, n. 5, p. 283-291. 2009.

KOENIG, H. G. **Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications.** ISRN Psychiatry. V. 2012. 2012.

LARSON, D. B; et al. **Systematic Analysis Of Research On Religious Variables In Four Major Psychiatric Journals, 1978-1982.** Journal of Psychiatry. V. 143, n. 3, p. 329-334. 1986.

LATZER, Y; STEIN, D.; WITZTUM, E. **Treating Ultra-orthodox Adolescents With Eating Disorders In Israel: Culturally-sensitive Interventions, Difficulties, And Dilemmas.** J. Clin. Psychol. V. 75, p. 1455-1468. 2019.

LEE, B. Y.; NEWBERG, A. B. **Religion And Health: A Review And Critical Analysis.** Zygon Journal of Religion and Science. V. 40, n. 2, p. 443-468. 2005.

LESSAN, N.; ALI, T. **Energy Metabolism And Intermittent Fasting: The Ramadan Perspective.** Nutrients. V. 11, n. 5. 2019.

LEVIN, J.; CHATTERS, L. M.; TAYLOR, R. J. **Religion, Health And Medicine In African Americans: Implications For Physicians.** Journal of the National Medical Association. V. 97, n. 2, p. 237-249. 2005.

LEVIN, J. S. **Religion And Health: Is There An Association, Is It Valid, And Is It Causal?.** Social Science and Medicine. V. 38, n. 11, p. 1475-1482, 1994.

MILLER, W. R.; THORESEN, C. E. **Spirituality, Religion, And Health An Emerging Research Field.** American Psychological Association. V. 58, n. 1, p. 24–35. 2003.

MISHRA, S. K.; et al. **Spirituality And Religiosity And Its Role In Health And Diseases.** Journal of Religion and Health. V. 56, n. 4, p. 1282-1301. 2017.

MONTEIRO, D. D.; et al. **Espiritualidade/Religiosidade E Saúde Mental No Brasil: Uma Revisão.** Boletim Academia Paulista de Psicologia. V. 40, n. 98, p. 129-139. 2020.

MOREIRA, W. C.; et al. **Efeitos Da Associação Entre Espiritualidade, Religiosidade E Atividade Física Na Saúde/Saúde Mental: Revisão Sistemática.** Rev Esc Enferm USP. V. 54. 2020.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; NETO, F. L.; KOENIG, H. G. **Religiousness And Mental Health: A Review.** Revista Brasileira de Psiquiatria. V. 28, n. 3, p. 242-250. 2006.

NIMROUZI, M.; ZARE, M. **Principles Of Nutrition In Islamic And Traditional Persian Medicine**. Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine. V. 19, n. 4, p. 267-270. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHOQOL And Spirituality, Religiousness And Personal Beliefs (SRPB)**. Geneva. 1998.

PIRUTINSKY, S.; ROSMARIN, D. H.; HOLT, C. L. **Religious Coping Moderates The Relationship Between Emotional Functioning And Obesity**. American Psychological Association. Health Psychology. V. 31, n. 3, 394–397. 2012.

QUADROS, B. **As 4 Maiores Religiões Do Mundo**. METRO. 2020. Disponível em: <<https://www.metroworldnews.com.br/social/2020/09/22/4-maiores-religioes-mundo.html>> Acesso em: 15/01/2021.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. **O Papel Da Religião Na Promoção Da Saúde, Na Prevenção Da Violência E Na Reabilitação De Pessoas Envolvidas Com A Criminalidade: Revisão De Literatura**. Ciência & Saúde Coletiva. V. 19, n. 6, p. 1773-1789. 2014.

ROZIER, M. **Religion And Public Health: Moral Tradition As Both Problem And Solution**. Journal of Religion and Health. V. 56, p. 1052-1063. 2017.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. **A Religiosidade, A Espiritualidade E O Consumo De Drogas**. Rev. Psiq. Clín. V. 34, supl. 1, p. 73-81. 2007.

SAUNDERS, R. P; et al. **Process Evaluation Methods, Implementation Fidelity Results And Relationship To Physical Activity And Healthy Eating In The Faith, Activity, And Nutrition (Fan) Study**. Evaluation and Program Planning. V. 43, p. 93–102. 2014.

SHAFRAN, Y.; WOLOWELSKY, J. B. **A Note On Eating Disorders And Appetite And Satiety In The Orthodox Jewish Meal**. Eat Weight Disord. V. 18, p. 75-78. 2013.

SHMUELI, A.; TAMIR, D. **Health Behavior And Religiosity Among Israeli Jews**. IMA Journal. V. 9, p. 703-707. 2007.

SILVA, D. I. **Significados E Práticas Da Espiritualidade No Contexto Dos Cuidados Paliativos Em Pacientes Oncológicos Adultos**. Revista HCPA. V. 31, n. 3, p. 353-358. 2011.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. **Religiosidade E Espiritualidade No Transtorno Bipolar Do Humor**. Rev. Psiqu. Clín. V. 36, n. 5, p. 190-196. 2009.

TAN, M. M.; CHAN, C. K. Y.; REIDPATH, D. D. **Religiosity, Dietary Habit, Intake Of Fruit And Vegetable, And Vegetarian Status Among Seventh-day Adventists In West Malaysia**. J Behav Med. V. 39, p. 675–686. 2016.

TAN, M. M.; CHAN, C. K. Y.; REIDPATH, D. D. **Religiosity and Spirituality and the Intake of Fruit, Vegetable, and Fat: A Systematic Review**. Hindawi Publishing Corporation Evidence Based Complementary and Alternative Medicine. V. 2013. 2013.

THOMAS, J.; et al. **Holy Anorexia: Eating Disorders Symptomatology And Religiosity Among Muslim Women In The United Arab Emirates**. Psychiatry Research. V. 260, p. 495-499. 2018.

TREPANOWSKI, J. F.; BLOOMER, R. J. **The Impact Of Religious Fasting On Human Health**. Nutrition Journal. V. 9, n. 57, BMC. 2010.

VILAVERDE, C. **As 8 Maiores Religiões Do Mundo**. SUPERINTERESSANTE. 2016.  
Disponível em:  
<<https://super.abril.com.br/blog/superlistas/as-8-maiores-religioes-do-mundo/>> Acesso em:  
15/01/2021.



WETTSTEIN, M. F; ALVES, L. V. B. N. F; GOLDIM, J. R. **Restrição Alimentar Por Motivação Religiosa E Coerção: Dados Preliminares.** Rev HCPA. V. 30, n 3, p. 290-293. Porto Alegre, RS. 2010.

WHOQOL SRPB Group. **A Cross-cultural Study Of Spirituality, Religion, And Personal Beliefs As Components Of Quality Of Life** WHOQOL SRPB Group. Social Science & Medicine. V. 62, p. 1486–1497. 2006.

WIENER, L.; et al. **Cultural And Religious Considerations In Pediatric Palliative Care.** Palliat Support Care. V. 11, n. 1, p. 47-67. 2013.

WILCOX, S.; et al. **The Faith, Activity, And Nutrition Program A Randomized Controlled Trial In African-american Churches.** American Journal of Preventive Medicine. V. 44, n. 2, p. 122–131. 2013.

WILHELM, L.; et al. **Body Covering And Body Image: A Comparison Of Veiled And Unveiled Muslim Women, Christian Women, And Atheist Women Regarding Body Checking, Body Dissatisfaction, And Eating Disorder Symptoms.** Journal of Religion and Health. V. 57, p. 1808-1828. 2018.

ZIMMER, Z.; et al. **Spirituality, Religiosity, Aging And Health In Global Perspective: A Review.** SSM Population Health. V. 10, n. 2, p. 373-381. 2016.