

Artigos originais

A associação entre vida religiosa e saúde: uma breve revisão de estudos quantitativos

DOI: 10.3395/reciis.v4i3.381pt

Eymard Mourão Vasconcelos

Médico, mestre em Educação e doutor em Saúde Pública e em Medicina Tropical, professor do Programa de Pós-Graduação em Educação e do Programa de Extensão, Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
eynard.vasconcelos@gmail.com

Resumo

Desde os primórdios da formação da sociedade humana, o trabalho em saúde voltado para a cura e a prevenção das doenças tem se organizado estreitamente ligado às práticas religiosas. Com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica buscou-se orientar e explicar o processo de adoecimento e cura de forma desvinculada da religião. No entanto, a partir do final do século XX, o tema da correlação entre vida religiosa e espiritualidade com os níveis de saúde da população passou a merecer amplo interesse de pesquisadores de várias instituições acadêmicas. Com o aparecimento, principalmente nos Estados Unidos, de vários estudos médicos quantitativos que pesquisaram a associação entre vida religiosa e as condições de saúde e recuperação de doenças, este tema passou a merecer o reconhecimento de setores acadêmicos importantes das ciências da saúde. Estes estudos quantitativos, realizados a partir de métodos epidemiológicos, foram importantes para dar legitimidade aos estudos qualitativos que também se expandiram. Este estudo busca fazer uma revisão destes estudos na literatura internacional.

Palavras-chave

epidemiologia da religião; espiritualidade e saúde; vida religiosa e saúde; promoção da saúde e religião

Desde os primórdios da formação da sociedade humana, o trabalho em saúde voltado para a cura e a prevenção das doenças tem se organizado estreitamente ligado às práticas religiosas. Com o advento da modernidade e o surgimento da medicina científica buscou-se orientar e explicar o processo de adoecimento e cura de forma desvinculada da religião. Mas estudos antropológicos atuais têm mostrado que a visão religiosa continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo saúde e doença (IBÁNEZ *et al.*, 2000). Entre os usuários dos serviços de saúde há um grande reconhecimento da importância dessa vivência religiosa no enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças mais graves. Também entre muitos profissionais de saúde é bastante reconhecida a importância da vivência religiosa na

estruturação do sentido e significado de suas práticas, o que é fundamental na elaboração da motivação para o empenho no trabalho e na orientação ética das condutas no atendimento cotidiano, bem como na avaliação dos impasses pessoais da prática profissional. São numerosos os grupos de vivência e reflexão religiosa entre os profissionais de saúde.

O reconhecimento destes papéis da vivência religiosa na saúde acontece, no entanto, principalmente fora dos espaços onde domina o discurso da ciência médica. Acontece principalmente no meio popular, na vida privada dos profissionais de saúde e em alguns setores das ciências humanas, sendo desprezadas no debate médico, nos centros de formação profissional e de pesquisa. Apenas na década de 1990, com o aparecimento, principalmente nos Estados Unidos, de vários estudos médicos quantitativos

que pesquisaram a associação entre vida religiosa e as condições de saúde e recuperação de doenças, este tema passou a merecer o reconhecimento de setores acadêmicos importantes das ciências da saúde. Este estudo busca fazer uma revisão destes estudos na literatura internacional.

Epidemiologia da religião: constatando a associação entre a vivência religiosa e melhoria da saúde

No modelo de estruturação do conhecimento considerado legítimo na medicina atual é fundamental a comprovação quantitativa das afirmações. A epidemiologia analítica que estuda, por meio de técnicas estatísticas, a associação entre fatos observáveis e as doenças buscando entender suas causas e seus determinantes se tornou, no século XX, o método mais importante e aceito de obtenção do conhecimento considerado válido na medicina. Deste modo, estudos epidemiológicos organizados a partir da década de 1980, mostrando a associação entre a participação em atividades religiosas e a melhoria da situação de várias doenças, tiveram um grande impacto no meio médico e na opinião pública, principalmente nos EUA, merecendo matérias de capa de revistas como *Time*, *Reader's Digest* e *Macleans*. Jornais como o *New York Times* e as mais importantes redes de televisão norte-americana dedicaram extensas matérias sobre estes achados.

Um estudo pioneiro foi de Levin *et al* (1987) que reviu duzentos estudos epidemiológicos anteriores sobre as mais variadas doenças em que, por alguma razão, tinha sido incluída pergunta sobre a religião das pessoas pesquisadas. Segundo o autor, este aspecto da religião, apesar de freqüentemente constar nas enquetes dos estudos epidemiológicos, costuma ser regularmente menosprezado na análise estatística que se procede. Levin refez estes estudos epidemiológicos valorizando a variável religião na associação com as doenças pesquisadas e verificou que praticamente todas as principais patologias que acometem a humanidade já tinham merecido estudos correlacionados com a prática religiosa. Eles identificavam efeitos religiosos e espirituais significativamente positivos sobre as taxas de saúde e de doença, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, nacionalidade e denominação religiosa das pessoas estudadas. A partir daí, um grande número de epidemiologistas passou a se dedicar sobre o tema, configurando-se uma área do conhecimento que veio a ser denominada de epidemiologia da religião. O *National Institutes of Health* (NIH), órgão do governo dos EUA voltado para o apoio à pesquisas no campo da saúde, passou a financiar várias pesquisas e a organizar reuniões

de especialistas sobre este tema. Várias universidades norte-americanas criaram centros de estudos sobre religião e saúde, destacando-se o *Center for the Study of Religion/Spirituality and Health da Duke University*.

Levin (2003) resume os principais achados destes estudos: (a) as pessoas que assistem regularmente a serviços religiosos apresentam taxas mais baixas de doenças e de mortalidade do que aquelas que não freqüentam regularmente esses serviços ou que não os assistem; (b) as pessoas que relatam uma afiliação religiosa apresentam taxas mais baixas de doenças cardíacas, câncer e hipertensão, que são as três principais causas de morte nos Estados Unidos; (c) pessoas mais velhas que participam de atividades religiosas particulares e institucionalizadas apresentam menos sintomas, menos invalidez e taxas mais baixas de depressão, de ansiedade crônica e de demência; (d) a prática religiosa é o maior determinante do bem-estar psicológico dos afro-americanos – mais importante até que a saúde ou as condições financeiras; (e) pessoas que têm vida religiosa ativa em média vivem mais do que as não religiosas. Isso vale até mesmo quando se põe sob controle, retirando a interferência na análise estatística do fato de que as pessoas religiosas tendem a evitar comportamentos tais como fumar e beber, que aumentam os riscos de doenças e de morte. Para este epidemiologista, as evidências da presença de um fator religioso na saúde são “esmagadoras”.

Um exemplo ilustrativo destes estudos é o de Comstock *et al*. (1965), pesquisadores da *Johns Hopkins University* que, utilizando dados provenientes de um censo epidemiológico abrangendo mais de 90 mil pessoas, constataram que comparecer menos de uma vez por mês a celebrações religiosas duplicava e até mesmo triplicava o risco de morte em decorrência de doença cardíaca arteriosclerótica, enfisema pulmonar, cirrose hepática, suicídio e câncer no reto e no cólon. Este grupo de pesquisa constatou depois (COMSTOCK *et al*, 1977) uma relação efetiva, do tipo resposta-dose, entre o total de mortes e a freqüência de comparecimento a serviços religiosos. Entre pessoas que nunca compareceram à igreja, a taxa anual de mortes por 100 mil pessoas era de 2.591,3. Para aqueles que compareciam à igreja menos de duas vezes por ano, a taxa era de 1640,1; para aqueles que compareciam de duas a doze vezes por ano, era de 1511,7; uma vez por mês, 1354,3; e uma vez por semana ou mais, 1308,1. Cada nível de freqüência reduzia um pouco mais o número de mortes; o comparecimento a serviços religiosos pelo menos uma vez por semana reduzia em quase 50 por cento o risco de morte no ano seguinte.

Levin (2003) narra um episódio por ele vivido quando tentou publicar, em uma das principais revistas norte-americanas de epidemiologia, um artigo analisando estudos como estes, onde, pela primeira vez, usou o conceito de epidemiologia da religião. O artigo foi avaliado por especialistas e recebeu críticas tanto positivas como negativas. Mas surpreendente foi a carta que o editor da revista lhe enviou anexada ao parecer. Normalmente, as cartas dos editores de revistas científicas que recusam a publicação de um artigo consistem em um texto padronizado, com no máximo dois parágrafos, assinadas, muitas vezes, pela secretária deles. Mas esta carta de recusa tinha quase duas páginas, escritas em espaço simples, que especificava com esmerados detalhes o quanto o artigo era inaceitável e, até mesmo, desorientador. Incitava os autores a desistirem totalmente da idéia e a não prosseguirem mais com esta linha de pesquisa. Ele se assustou com o fato de esse editor perder tanto tempo comentando um artigo que nem sequer sugeria que fosse revisado e submetido a nova apreciação e de fazer isto com bastante hostilidade. Nessa carta, ele quis deixar bem claro não só que o artigo era inaceitável, como também que a própria idéia de uma epidemiologia da religião era, nas suas palavras, "execrável". Execrável é aquilo digno de ser odiado. Este episódio revela o nível de reação emocional de rejeição que a busca de aproximação com o tema da religião costuma provocar em muitos meios científicos, como se estivesse maculando algo sagrado na metodologia científica, ou seja, a radical separação de elementos da espiritualidade no processamento da análise considerada objetiva pelo paradigma newtoniano e cartesiano de ciência. Este artigo recusado foi, logo depois, publicado na revista britânica *Social Science and Medicine* (LEVIN *et al.*, 1987).

Como todo fator de risco ou proteção constatado por estudos epidemiológicos, as constatações destes estudos não querem dizer que todas as pessoas envolvidas em atividades religiosas terão melhor saúde do que as não envolvidas. Diz apenas que "na média" o envolvimento religioso está associado com taxas menores de doença e níveis mais elevados de bem estar. Os resultados estatísticos obtidos pelos epidemiologistas tendem a esconder as exceções, tais como pessoas cujo bem-estar emocional é prejudicado pela religião.

Estes estudos não mostraram ainda como e por que este benefício acontece. Também não diferenciam o significado das diferentes formas de vivência da religiosidade (algumas formas podem ser benéficas e outras não). Na verdade, a epidemiologia não é uma metodologia apropriada para a compreensão de dinâmicas complexas, uma vez que só

consegue estudar a correlação estatística de características bem delimitadas e padronizadas para serem uniformemente consideradas em estudos envolvendo grande número de pessoas. Mas estudos posteriores avançaram parcialmente na identificação de alguns elementos da religião que influenciam a saúde.

Dimensões da vida religiosa que podem ser associadas às condições de saúde

Um número considerável de pesquisas mostra que a participação como membro de religiões está fortemente associada a um comportamento saudável. Quase todas as religiões ditam comportamentos com relação à saúde, à doença e à morte. Para as pessoas que seguem uma religião, muitas das doutrinas ou ensinamentos de sua fé oferecem orientação moral e prática com relação a como promover, conservar ou recuperar a saúde ou o bem-estar físico e emocional. Embora nem todas as pessoas com afiliação religiosa sigam todas as diretrizes relacionadas com a saúde propostas pela sua crença, não há dúvida de que se pode esperar que, na média, as pessoas que relatam uma identidade religiosa têm mais probabilidade de seguir as regras da sua religião do que as pessoas que relatam não ter nenhuma afiliação religiosa. Além das regras presentes nos ensinamentos religiosos, a consideração do corpo humano como sagrado, freqüentemente presente nas mesmas, leva o crente a valorizar os cuidados de saúde.

Outros estudos, como o de Ellison *et al.* (1994), mostram que as pessoas que frequentavam regularmente a igreja tinham acesso a redes de apoio social mais amplas, constituídas pelos membros que não faziam parte da própria família; tinham mais contato com membros de suas redes sociais; recebiam tipos mais variados de apoio social, fossem eles tangíveis (assistência financeira, transmissão de recados, conselhos, transporte, ajuda com refeições ou nos casos de doença) ou emocionais; e tinham uma idéia mais favorável da qualidade dos seus relacionamentos sociais. O fato das atividades religiosas reunirem pessoas com propósitos comuns cria e fortalece redes de apoio social. Estas redes vêm merecendo inúmeros estudos depois que se constatou que os indivíduos com forte sistema de apoio social são mais capazes de lidar com as mudanças importantes da vida e que os que têm pouco ou nenhum apoio social são mais vulneráveis às mudanças da vida, em particular às indesejáveis. House *et al.* (1988), fazendo uma revisão de estudos sobre apoio social, afirmam que indivíduos mais isolados ou menos integrados do ponto de vista social são menos saudáveis, psicológica e fisicamente, e têm mais

probabilidade de morrer precocemente. Para eles, o risco de morte associado com baixos níveis de apoio social excedem àqueles atribuídos ao tabagismo.

Os estudos até aqui mencionados associam saúde à participação em atividades religiosas institucionalizadas. O significado da espiritualidade não expressa através da participação em atividades religiosas institucionalizadas para a saúde das pessoas é mais difícil de ser avaliada epidemiologicamente, na medida em que habitualmente não se configura como comportamentos bem definidos e claros para se enquadrarem em enquetes padronizadas realizadas em pesquisas com grandes amostras. Mas algumas tentativas têm sido feitas, em geral, buscando associar a atividade da oração com indicadores de saúde.

Ellison *et al.* (1989) investigaram o efeito da devoção religiosa na saúde entre afro-americanos, em uma amostra representativa de todos os EUA. A devoção religiosa foi avaliada combinando-se dados a respeito da frequência da prece no cotidiano das pessoas e da declaração expressa de sentimentos de ligação com Deus. A intensidade da devoção mostrou-se fortemente determinante dos níveis de satisfação com a vida, independentemente do nível de frequência à igreja, da afiliação religiosa, da interação social com outras pessoas, da situação de saúde ou da ocorrência de acontecimentos traumáticos no ano anterior. Mostrou-se, portanto, que o efeito da devoção religiosa para o bem estar subjetivo supera qualquer benefício que se possa atribuir ao tipo de afiliação religiosa ou à frequência de participação religiosa institucionalizada. Muitos outros estudos têm repetido a constatação de associação entre práticas religiosas pessoais e aquilo que os pesquisadores chamam de “saúde subjetiva”. A saúde subjetiva costuma ser avaliada com uma única pergunta como, por exemplo: em geral, você avaliaria a sua saúde como excelente, boa, regular ou ruim? A saúde subjetiva é considerada um indicador confiável do estado de saúde geral da pessoa e é um dos melhores prognósticos conhecidos de saúde mental, do nível de incapacidade funcional, das taxas de consulta médica e, até mesmo, da longevidade. Koenig *et al.* (1988), a partir de estudo realizado entre 1100 pessoas em Illinois, EUA, sobre atividade religiosa não institucionalizada, constataram que o culto religioso freqüente estava associado com disposição de ânimo superior, com menos agitação, solidão e insatisfação com a vida. Associava-se também com uma capacidade maior para lidar com a tensão. Isto foi identificado tanto em mulheres, como em jovens e idosos, em pessoas doentes e em pessoas saudáveis, independentemente de afiliação religiosa.

Bowker (1970), estudando as diversas religiões contemporâneas, afirma que todas as grandes tradições religiosas têm teorias sobre o sofrimento, criando contextos explicativos que geram sentidos e desenvolver estratégias de lidar com situações de desesperança. O modo como se define o sofrimento e como ele é entendido e remediado muda de uma religião para outra. Mas todas elas procuram desenvolver esperança naqueles que adotam seus ensinamentos.

Idler (1987), em um estudo com 2700 adultos de Connecticut, encontrou fortes evidências de dois efeitos do envolvimento pessoal com a religião. Em primeiro lugar, a fé religiosa parece reduzir os efeitos incapacitantes das doenças crônicas. Em segundo lugar, o envolvimento religioso reduz os efeitos nocivos das incapacidades físicas sobre a saúde mental. Para esta socióloga médica, a fé serve, em parte, para amenizar os efeitos prejudiciais de situações estressantes ou que representem um risco para a saúde.

Outros estudos têm mostrado que o envolvimento pessoal com a vida religiosa tem também relação com a melhoria de problemas orgânicos. Oxman *et al.* (1995), estudando pacientes que haviam passado por cirurgia cardíaca com abertura do tórax, mostraram que a mortalidade, em seis meses, foi de 11% em pacientes que consideravam a si mesmos “nem um pouco”, “um pouco” ou “razoavelmente” religiosos. Naqueles que se consideravam “profundamente” religiosos, a taxa de mortalidade foi igual a zero. A frequência regular à igreja também mostrou estar associada a uma diminuição significativa da mortalidade, reduzindo a taxa de mortalidade de 12 para 5%, mas não de modo tão dramático como no caso de pessoas que tinham um envolvimento religioso importante.

Várias suposições têm sido levantadas para justificar os achados de que a fé e vida religiosa pessoal beneficiam a saúde. Para alguns pesquisadores, a vivência religiosa, ao inspirar pensamentos de esperança e de otimismo, bem como expectativas positivas, pode funcionar como um placebo. Para Taylor (1989), o efeito placebo não acontece apenas por mecanismos psicológicos, mas também porque desencadeia efeitos fisiológicos no organismo. Crenças subjetivas profundas geram alterações imunológicas, hormonais e bioquímicas por mecanismos fisiológicos que apenas recentemente começam a serem desvendados. Para esta pesquisadora, mesmo atitudes mentais otimistas sem fundamento na realidade (o que ela denominou de auto-engano criativo ou ilusões positivas) têm importantes efeitos protetores contra as doenças. Os placebos podem aliviar dores pós-operatórias agudas, induzir o sono ou colocar a mente em estado de alerta, produzir remissões dramáticas tanto de sintomas como de manifestações físicas

de doenças crônicas e iniciar a rejeição de verrugas e de outros crescimentos anormais (WEIL, 1988).

Grandes desafios teóricos têm sido também levantados a partir de estudos sobre surpreendentes alterações corporais observadas em praticantes adiantados de ioga e de meditação, revistos inicialmente por Funderburk (1977), que revelam como estas práticas espirituais podem reduzir a pressão sanguínea, controlar de forma radical o ritmo cardíaco, movimentar vísceras e aquecer ou esfriar partes do corpo. Na prática médica são freqüentes os relatos de doenças graves e bem documentadas que desapareceram sem justificativas plausíveis dentro do atual conhecimento científico. O'Reagan *et al.* (1993) analisaram 1.385 artigos de periódicos médicos relatando casos nos quais o câncer e muitas outras doenças crônicas graves desapareceram depois de um tratamento que se acreditava inadequado ou, até mesmo, sem que se tivesse recorrido a qualquer tratamento médico.

É preciso reconhecer o caráter inicial das suposições explicativas levantadas com maior frequência nos artigos publicados em revistas científicas tradicionais. É natural que se busque explicar as novas constatações empíricas através de dinâmicas biológicas, psicológicas e sociais já conhecidas anteriormente. Assim, as evidências quantitativas de forte associação estatística entre o envolvimento religioso e a melhora de situações de doença, prevenção de complicações e bem-estar têm sido correlacionadas com o reforço a comportamentos saudáveis, alívio do estress, inspiração de emoções positivas, estimulação do sistema endócrino e imunológico, incentivo a crenças e estilos de personalidade adequadas ao enfrentamento de situações de crise e fortalecimento de redes sociais de apoio mútuo. Mas algumas pesquisas sobre o efeito na saúde da prece à distância têm trazido constatações que apontam para a insuficiência destas explicações.

O mais famoso estudo deste tipo foi feito por Byrd (1988). Numa pesquisa randomizada e bem planejada, do tipo duplo-cego, 393 pacientes cardíacos adultos hospitalizados foram divididos em grupos em que alguns recebiam preces de cristãos situados fora do hospital e outros não recebiam preces. Os pacientes eram escolhidos para participar de um grupo ou outro de forma totalmente aleatória de modo que nem eles e nem a equipe do hospital sabiam quem estava em qual grupo. Os pacientes e aqueles que por eles rezavam nunca se encontraram. Os orantes eram membros de alguma igreja local, protestante ou católica romana, com ativa vida devocional diária, que recebiam apenas o primeiro nome, o diagnóstico e a condição geral dos pacientes. Para cada paciente eram designadas três a sete pessoas religiosas

para rezar. O tratamento avaliado consistia em preces diárias realizadas até que o paciente recebesse alta. Todos os dados foram coletados sem que um grupo tivesse conhecimento do outro. Os resultados foram espantosos. Os pacientes pelos quais se rezou, em comparação com os dos grupos controles, apresentaram menos casos de insuficiência cardíaca congestiva, paradas cardíacas, pneumonia, menos necessidade de diuréticos, antibióticos e intubação, sugerindo que a prece à distância exerce um efeito terapêutico benéfico sobre pacientes cardíacos. Este estudo obteve grande repercussão na imprensa norte-americana.

Sicher *et al.* (1998), pesquisadores do *Califórnia Pacific Medical Center*, em estudo do tipo duplo-cego, investigaram também o efeito da prece a distância no tratamento para quarenta pacientes voluntários de aids em estado avançado. Os pacientes foram aleatoriamente distribuídos entre grupos de tratamento e grupos de controle. O tratamento era prece de uma hora por dia, seis dias por semana e durante dez semanas. Todos os pacientes receberam assistência médica padrão ao longo de todo o estudo. Os investigadores recrutaram quarenta agentes de cura à distância que incluíam cristãos, judeus, budistas, nativos norte-americanos, estudantes de xamanismo e graduados em programas de treinamento em cura bioenergética e em cura meditativa. A média de tempo de experiência desses agentes de cura era de dezessete anos. Eles faziam rodízio tratando um paciente diferente a cada semana. O conceito de distância foi radicalizado neste experimento: os agentes de cura estavam espalhados ao longo de toda a América do Norte. Eles tinham apenas o primeiro nome e a fotografia dos respectivos pacientes, com os quais eles nunca haviam se encontrado. A comparação estatística entre os que receberam ou não as preces a distância mostraram uma grande diferença de resultado: contraíram menos doenças novas relacionadas com a aids, tiveram menos doenças graves, precisaram de menos consultas médicas, menos hospitalizações, menos dias de internação e apresentaram melhorias mais intensas no estado de ânimo.

Wirth (1990), na Califórnia, conduziu uma pesquisa do tipo duplo-cego controlada por placebo sobre o efeito do toque terapêutico sem contato físico em ferimentos experimentalmente criados na pele de 44 estudantes universitários do sexo masculino. O toque terapêutico pesquisado era orientado por uma técnica desenvolvida recentemente, mas muito semelhante à antiga prática da imposição das mãos. Um médico efetuou pequenos ferimentos dérmicos que penetraram em toda a espessura da pele, na região dos músculos deltóides, utilizando anestésico

local e um instrumento de biópsia de pele. Em seguida, eles se sentaram próximo de uma parede em que havia uma abertura que lhes permitia passar o braço até o compartimento adjacente, onde um praticante de toque terapêutico sem contato exercia sua arte sobre os ferimentos dos estudantes, mas não sobre aqueles pertencentes aos grupos controles. O experimento durou dezesseis dias. Nem os participantes do estudo, nem os praticantes do toque terapêutico sabiam qual era o verdadeiro objetivo da pesquisa. O médico que provocou os ferimentos e acompanhou sua evolução acreditava que se tratava de um estudo sobre fotografia Kirlian. As pessoas tratadas tiveram uma cura muito mais rápida dos ferimentos do que os controles. Por volta do oitavo dia, a área média da superfície do ferimento entre os que receberam o toque terapêutico era de 3,90 mm² e de 19,34 mm² nos controles; no décimo sexto dia, essas cifras eram respectivamente 0,42 e 5,86 mm². Na verdade, nesta época 13 dos 23 estudantes tratados estavam completamente curados e nenhum dos controles tinha seu ferimento já curado.

Muitos outros estudos menos conhecidos sobre o efeito da prece e da intercessão espiritual obtiveram resultados semelhantes e não apenas em seres humanos. Benor (1992) fez um levantamento de 150 estudos experimentais a respeito dos efeitos *in vivo* e *in vitro* da prece e outras intercessões espirituais sobre enzimas, células, fungos, bactérias, sementes, plantas, amebas e animais. Mais da metade dessas pesquisas constatou uma associação positiva: elas aumentavam a frequência de cura, promoviam a saúde ou o crescimento celular e impediam o surgimento de doenças. McCullough (1995), fazendo uma revisão de estudos neste campo, observou que as pesquisas sobre a prece e a saúde são relativamente primitivas. Investigações cuidadosamente controladas com seres humanos, como as pesquisas de Byrd e do *California Pacific Medical Center*, são exceções. Mas seus resultados, apesar de não oferecerem ainda provas conclusivas, criam desafios teóricos imensos que não podem mais ser deixados de lado. Como a vida religiosa é motivo de envolvimentos apaixonados, tem havido uma divulgação pouco crítica de resultados de muitas pesquisas, criando-se expectativas pouco realistas a respeito de como a prece pode influenciar o funcionamento de organismos vivos.

Todos estes estudos quantitativos ampliaram muito a legitimidade do tema da espiritualidade na saúde nos EUA, a ponto de um terço das suas escolas de medicina já terem algum tipo de programa (projetos de pesquisa, disciplinas, cursos, ciclos de estudos, matérias optativas, grupos de estudo) de ensino sobre o tema em seus currículos (LEVIN, 2001).

Referências

- BENOR, D. **Healing research**: holistic energy medicine and spirituality. Munique: Helix, 1992.
- BOWKER, J. **Problems of suffering in religions of the world**. Cambridge: Cambridge University Press, 1970.
- BYRD, R. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. **Southern Medical Journal**. v.81, p.826-829, 1988.
- COMSTOCK, G.; PARTRIDGE, K. Church attendance and health. **Journal of Chronic Diseases**, v.25, p.665-672, 1965.
- COMSTOCK, G.; TONASCIA, J. Education and mortality in Washington County, Maryland. **Journal of Health and Social Behavior**. v.18, p.54-61, 1977.
- ELISSON, C.; GEORGE, L. Religious involvement, social ties and social support in a southeastern community. **Journal of the Scientific Study of Religion**, v.33, p.46-61, 1994.
- ELISSON, C.; TAYLOR, R. Turning to prayer: social and situational antecedents of religious coping among african americans. **Review of Religious Research**, v.38, p.111-131, 1996.
- FUNDERBURK, J. **Science studies yoga**: a review of physiological data. Honesdale, Penn.: Himalayan International Institute of Yoga Science and Philosophy, 1977.
- GLASNER, P.S. Secularismo. In: OUTHWAITE, B. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p.678-679.
- HOUSE, J.; LANDIS, K.; UMBERSON, D. Social relationships and health. **Science**. v.241, p.540-545, 1988.
- IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.49-74.
- IDLER, E. Religious involvement and the health of the elderly: some hypotheses and the initial test. **Social Forces**, v.66, p.226-238, 1987.
- KOENIG, J.; KVALE, N.; FERREL, C. Religion and well-being in later life. **The gerontologist**, v.38, p.21-37, 1988.
- LEVIN, J.; SCHILLER, P. Is there a religious factor in health? **Journal of Religion and Health**, n.26, p.9-36, 1987.
- LEVIN, J.; VANDERPOOL, H. Is frequent religious attendance really conducive to better health? toward an epidemiology of religion. **Social Science and Medicine**. v.24, p.589-600, 1987.

LEVIN, J. **Deus, fé e saúde**: explorando a conexão espiritualidade-cura. São Paulo: Cultrix, 2003. 247p.

MCCULLOUGH, M. Prayer and health: conceptual issues, research review and research agenda. **Journal of Psychology and Theology**. v.23, p.15-29, 1995.

O'REAGAN, B.; HIRSHBERG, C. **Spontaneous remission**: an annotated bibliography. Sausalito, California: Institute of Noetic Sciences, 1993.

OXMAN, T.E.; FREEMAN, D.H.; MANNHEIMER, E.D. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly.

Psychosomatic Medicine, v.57, p.5-15, 1995.

SICHER, F. *et al.* A randomized double-blind study of the effect of distant healing in a population with advanced aids: report of a small scale study. **Western Journal of Medicine**, v.169, n.6, p.356-363, 1998.

TAYLOR, S. **Positive illusions**: creative self-deception and the healthy mind. Nova York: Basic Books, 1989.

WEIL, A. **Health and healing**. Boston: Houghton Mifflin, 1988.

WIRTH, D. The effect of noncontact therapeutic touch (nctt) on the healing rate of full thickness dermal wounds. **Subtle Energies**, v.1, p.1-20, 1990.