

André C. Caribé^{1,2}
Juliana Casqueiro²
Ângela Miranda-Scippa^{2,3}

¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA-Brasil.

²Programa de residência Médica em Psiquiatria - Complexo Universitário Professor Edgard Santos. Complexo-HUPES, Salvador, BA-Brasil. Universidade Federal da Bahia-UFBA

³Departamento de Neurociências e Saúde Mental - DNCSM-UFBA, Salvador, BA-Brasil.

✉ **André C. Caribé**

Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Rua Augusto Viana, s/nº, 3º andar, Canela, CEP 40110-909, Salvador, BA.
✉ andrecaribe@terra.com.br

RESUMO

A religiosidade/espiritualidade (R/E) é um tema de grande interesse na atualidade, principalmente no que concerne à sua relação com a saúde mental. De fato, o efeito benéfico dessa associação tem sido descrito com níveis de bem-estar maiores, redução do uso de drogas, menores taxas de depressão e ansiedade, além de se apresentar como um fator protetor ao comportamento suicida (CS). Contudo, os mecanismos que possam explicar esses resultados ainda não foram adequadamente esclarecidos. Da mesma forma, existem muitas dificuldades em transpor esse conhecimento para a prática clínica, sendo este um dos maiores desafios deste campo de pesquisa. Assim, diante da relevância deste tópico, este artigo objetiva fazer uma atualização sobre as conexões entre R/E e CS, visando discutir não só os aspectos positivos, mas também os possíveis elementos negativos envolvidos nessa relação. Para tal, foi realizada uma revisão da literatura com ênfase em artigos publicados nas últimas duas décadas.

Palavras-chave: Espiritualidade; Suicídio; Ideação Suicida.

ABSTRACT

The relation between religiosity/spirituality (R/S) and health is a topic of great interest actually, especially regarding mental health. In fact, the beneficial effect of this association has been described with higher levels of well-being, reduction of drug use, lower rates of depression and anxiety, as well as being a protective factor specifically for suicidal behavior (SB). However the mechanisms that may explain these results have not yet been adequately clarified. Likewise, there are still many difficulties in transposing this knowledge into clinical practice, which is the biggest challenge related to this theme. Thus, in view of the relevance of the theme, this article aims to bring an update on the relation between R/S and SB, with an approach not only to the positive aspects, but also about the negative elements involved among them. To this end, we conducted a literature review with emphasis on articles published in the past two decades.

Key-words: Spirituality; Suicide; Suicidal Ideation.

Submetido: 12/02/2019
Aceito: 23/08/2019



INTRODUÇÃO

O comportamento suicida (CS) engloba uma gama de atitudes e ações, por parte do indivíduo, tais como automutilações, exposições a situações de risco de vida, ideação, tentativas e o suicídio consumado, constituindo-se em um grave problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2030 aproximadamente 895 mil pessoas no mundo morrerão por suicídio e estima-se que, para cada suicídio, é provável que tenham ocorrido mais de 20 tentativas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Diante desse cenário crítico, a prevenção e o manejo desse comportamento torna-se um dos principais desafios aos profissionais que trabalham com saúde mental.

A maior parte das pesquisas sobre o CS tem-se concentrado nos chamados fatores de risco quais sejam, presença de doença mental, impulsividade, desesperança, diferenças sociodemográficas dos indivíduos, história familiar e condições médicas associadas a eles. Entretanto, há indicações de que apenas os estudos em torno dos "fatores clássicos" não têm sido suficientes para prever, confiavelmente, quem poderá tornar-se susceptível a apresentar CS, mesmo porque quase metade dos suicídios, ocorridos em um determinado espaço de tempo, são praticados por pessoas consideradas como de risco baixo (LARGE *et al.*, 2016). Essas constatações apontam para o fato de que, certamente, existem outros elementos, ainda não identificados, que atuam de forma efetiva sobre esse fenômeno.

Por outro lado, as pesquisas sobre os mecanismos de proteção ao CS, assim como a avaliação sistemática desses fatores na prática clínica, ainda são incipientes (MCCLATCHEY, 2018). Não obstante, é possível afirmar que esse cenário vem se modificando, aos poucos, no decorrer das duas últimas décadas. Podemos observar, por exemplo, que alguns estudos já incluem entre seus objetivos avaliar a questão da R/E como um dos mais importantes fatores de proteção ao CS (BONELLI; KOENIG, 2013; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2016).

De fato, as evidências têm demonstrado que se estabelece uma relação inversa entre maiores níveis de R/E com menor CS. No entanto, apesar desses resultados, não se pode deixar de reconhecer que os mecanismos que atuam nessa relação ainda estão sendo investigados, tanto quanto as possíveis estratégias de intervenção clínica que possam surgir a partir desses conhecimentos (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2006; JACOB *et al.*, 2018).

Em face da grande relevância desse tema, será feita uma atualização sobre as principais evidências relativas à associação entre R/E e CS, seus desfechos positivos e negativos e os fatores de mediação que se estabelecem entre eles.

Embora este artigo seja uma revisão clássica da literatura sobre o tema RE e CS, foram pesquisados artigos relevantes nas bases de dados MEDLINE / Pubmed, SciELO e LILACS, seguindo parte das estratégias de busca de uma revisão sistemática. Além disso, foram feitas buscas manuais, explorando listas de

referências dos artigos selecionados para procura de estudos adicionais. Foram pesquisadas publicações no período de 2000 a 2018, escritas em inglês ou português. A estratégia de pesquisa incluiu uma combinação dos seguintes termos, agrupando sinônimos/operadores booleanos e usando *Medical Subject Heading* (MeSHs) quando disponíveis: "spirituality" or "religion" or "religiosity" or "religiouness" and "suicide" or "suicidal behavior" or "suicidal ideation" or "suicide attempts". Os mesmos descritores foram usados com o idioma português.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Efeitos positivos da espiritualidade no comportamento suicida

O primeiro método desenvolvido para abordar esse tema foi a investigação das relações entre a filiação a um grupo religioso e as taxas de suicídio. O trabalho clássico de Durkheim (1897), intitulado "O suicídio", foi o ponto de partida para a pesquisa acerca das relações entre religião e suicídio. Ele comparou as taxas de suicídio em diversos países, levando em conta a religião predominante em cada um deles. Seus achados, basicamente, apontaram para uma incidência de suicídios 50% maior nos países protestantes, em relação aos de maioria católica (DURKHEIM, 2000).

Importante salientar que a teoria sociológica e os estudos ecológicos iniciados por Durkheim têm produzido resultados controversos. Duas das principais críticas foram a ausência de controle de variáveis de confusão e o risco de se fazer inferências causais em relação a indivíduos tendo como base observações de agregados populacionais. De fato, após o controle de variáveis relevantes (taxa de desemprego, desenvolvimento socioeconômico e outros), os indivíduos pertencentes às religiões predominantemente católicas não têm se mostrado com taxas menores de suicídio comparadas àqueles de religiões protestantes (COLUCCI; MARTIN, 2008).

Nesta mesma linha de pesquisa, um trabalho recente, que acompanhou por nove anos mais de 1 milhão de pessoas, no intuito de avaliar a relação entre filiação religiosa e risco de suicídio (com controle de alguns fatores relevantes), mostrou que não houve diferença significativa no risco de suicídio quando comparados indivíduos com ou sem filiação religiosa, exceto em relação a subgrupos de religiosos mais conservadores que demonstraram estar sob menor risco de suicídio em relação aos demais (O'REILLY; ROSATO, 2015). Esses resultados corroboram a ideia de que muito mais importante do que a filiação, é a forma como o indivíduo vivencia sua espiritualidade, não necessariamente veiculado a instituições religiosas formais, fato cada vez mais comum nas sociedades contemporâneas seculares (STACK; LAUBEPIN, 2018).

Dessa forma, muitos estudos buscam avaliar não só a filiação, mas também outras dimensões da experiência religiosa. Essas dimensões podem compreender o conceito de *coping* religioso, R/E subjetiva, religiosidade intrínseca

(RI), religiosidade organizacional (RO) e religiosidade não organizacional (RNO).

A RI representa o quanto a religiosidade pode motivar ou influenciar comportamentos, decisões e, de forma geral, a vida do sujeito, enquanto a RO está relacionada aos comportamentos que ocorrem no contexto da instituição religiosa, como a frequência às atividades formais e o desempenho de cargos ou funções. A RNO é entendida como comportamentos religiosos privados ou informais, isto é, que ocorrem fora do contexto da instituição religiosa, sem local e tempo fixos e sem seguirem formas litúrgicas preestabelecidas, podendo incluir práticas de oração e meditação. Esses estudos constatam de forma consistente que, na maioria das vezes, a vivência da R/E atua como claro mecanismo de proteção ao amplo espectro do CS (BONELLI; KOENIG, 2013; BURSHEIN *et al.*, 2016).

Neste sentido, uma pesquisa realizada no Brasil, que avaliou pacientes adultos admitidos em uma emergência de hospital geral, Caribé *et al.* (2012), através um estudo de caso controle, compararam 110 indivíduos que tentaram suicídio por uso de substâncias com 114 indivíduos sem história de tentativa de suicídio (TS) e verificaram que, mesmo após o controle de variáveis sociodemográficas, presença ou ausência de doença mental e níveis de impulsividade, as dimensões da RO, RNO e RI foram inversamente associadas à ocorrência de TS. O mesmo grupo de pesquisadores, que trabalham com pacientes com transtorno bipolar (TB), avaliados sob critérios rígidos de eutímia, na tentativa de se eliminar as possíveis influências das alterações do humor na vivência religiosa, encontraram também uma relação inversa entre maiores níveis de RI e RNO, com história de CS, mesmo após controle de variáveis clínicas e sociodemográficas que poderiam interferir no desfecho em questão (CARIBÉ *et al.*, 2015).

Em outro estudo, realizado também no Brasil, Mosqueiro *et al.* (2015), identificaram em amostra de pacientes internados com depressão, que a RI foi associada com maior resiliência, melhor qualidade de vida (QV) e menos CS.

Vale ressaltar que pesquisas feitas em outras populações demonstraram resultados semelhantes. Estudos de Amit *et al.* (2014), em Israel; Toussaint *et al.* (2015), em Trinidad e Tobago; Hoffman e Marsiglia (2014), no México descreveram em jovens, pertencentes a culturas diferentes, que níveis maiores de religiosidade foram relacionados significativamente com menos automutilação, pensamento ou CS. Além disso, pesquisas que avaliaram idosos também apontaram benefícios da R/E, principalmente em relação à melhoria da QV e da saúde mental (VITORINO *et al.*, 2016; LUCCHETTI *et al.*, 2018).

Efeitos negativos da espiritualidade no comportamento suicida

Embora a maioria dos trabalhos realizados em diversos países mostre associações inversas entre maiores níveis de espiritualidade e menor CS, é indispensável referir que há outros estudos que apontam o contrário, ou seja, que há efeito nocivo da vivência religiosa sobre a saúde mental de

grupos de indivíduos, sobretudo, quando eles se utilizam de padrões de enfrentamento religioso negativo, igualmente conhecidos como *coping* religioso negativo. Dentre eles, destacam-se a delegação de toda responsabilidade sobre sua vida a Deus, atitude de, ao considerar-se abandonado, culpar a espiritualidade por seus possíveis fracassos e redefinir o estressor como punição divina ou como ação das "forças do mal" (O'BRIEN *et al.*, 2018).

Mais ainda, é necessário lembrar que a rigidez na vivência de práticas/dogmas e conflitos com os membros da instituição religiosa são fontes de sofrimento e estresse (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2006). Sem dúvida, essas condições geram tensão, ansiedade, ambivalência e podem se associar a desfechos negativos, tais como maiores níveis de depressão e CS (PIRUTINSKY *et al.*, 2011; TREVINO *et al.*, 2014).

Outros estudos feitos em populações clínicas indicam também que o binômio R/E pode atuar como fator de risco, aumentando o surgimento de ideação ou CS (LAWRENCE *et al.*, 2016). Como exemplo, citamos o estudo de Azorin *et al.* (2013) que comparou portadores de transtornos de humor com baixo e com grande envolvimento religioso e concluiu que, nestes últimos, o risco de CS era maior. Mais ainda, os autores sugerem que, nesses casos, é provável que o envolvimento religioso intensifique sentimentos de culpa ou aumente o caráter pecaminoso das experiências hipomaniacas pessoais, reforçando, assim, as tendências suicidas. No entanto, um ponto importante a ser considerado é que eles incluíram uma amostra heterogênea, compreendendo pacientes com depressão unipolar e outros pertencentes ao espectro bipolar (AZORIN *et al.*, 2013). Resultados deste tipo vão de encontro à maioria do que é descrito na literatura. Sendo assim, algumas hipóteses são formuladas para tentar explicá-los, tais como características específicas da amostra, mensurações transversais da espiritualidade e/ou avaliações em pacientes não eutímicos (sintomáticos).

Da mesma forma, pesquisas em populações não clínicas mostram que quando a religião é experimentada de modo rígido ou radical, costuma trazer resultados que se traduzem em malefícios à saúde mental e risco aumentado de suicídio em membros da comunidade, os quais, em geral, são pertencentes a grupos minoritários que não aderem ou não compactuam com alguns dogmas ou regras religiosas, sofrendo discriminações e exclusões sociais (TAYLOR *et al.*, 2011; SHEARER *et al.*, 2018).

Fatores de mediação

Embora as ligações entre R/E e saúde mental estejam claramente estabelecidas, pouco se sabe de que maneira os vários aspectos da R/E influenciam a saúde mental como um todo, e, mais especificamente, na ocorrência de CS. Portanto, é fundamental compreendermos a natureza dos processos que estabelecem as interações entre esses fenômenos. Uma das hipóteses é a de que elementos distintos ajam em sinergismo e atuem como possíveis mediadores: apoio social dos grupos religiosos, disponibilidade de um sistema de crenças para lidar

com o sofrimento, incentivo a estilos de vida saudáveis, senso de significado da vida, experiências de compaixão, gratidão, otimismo, dentre outros (PARK, 2007; ROBINS; FISKE, 2009; LI *et al.*, 2012; KRAUSE *et al.*, 2018).

De fato, as religiões, em geral, condenam enfaticamente a interrupção da vida, por vontade própria, considerada como um dom sagrado de Deus, do qual o ser humano não deveria dispor voluntariamente (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO, 2004). Diante disso, a objeção moral ao suicídio pode ser também um importante mediador (DERVIC *et al.*, 2011; VAN DEN BRINK *et al.*, 2018). Outro aspecto relevante nessa questão são as atividades espirituais. A meditação, a oração, a atitude devocional, o reforço do senso de controle interno, são práticas que têm repercussões fisiológicas no funcionamento cerebral e podem diminuir a expressão de atitudes impulsivas e agressivas que, por sua vez, fazem parte do amplo espectro dos comportamentos autodestrutivos (NEWBERG *et al.*, 2001; SEYBOLD, 2007; CARIBÉ *et al.*, 2012; CORYELL *et al.*, 2018)

Sabemos que a doença mental é um dos principais fatores de risco em relação ao CS. Por outro lado, algumas pesquisas apontam que há uma relação inversa entre R/E, com depressão, uso de álcool/drogas, ansiedade e gravidade da doença mental. Portanto, compreende-se porque uma maior R/E geralmente está associada a menor CS (MOSQUEIRO *et al.*, 2015; NORDFJÆRN, 2018). Apesar de dados animadores, essa é uma área que traz resultados não conclusivos e necessita de maior investimento.

Aplicações clínicas

Ao verificar-se que centenas de pesquisas confirmam a existência de uma relação inversa entre R/E e CS, pense-se, conseqüentemente, na possibilidade da aplicação prática deste conhecimento. No entanto, não se pode esquecer que a maioria desses estudos é observacional. Há poucos ensaios clínicos randomizados que testem as intervenções espirituais e, naqueles existentes, há uma falta de padronização das intervenções avaliadas (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Na maioria dos ensaios clínicos realizados, até o momento, em saúde mental, constata-se a ocorrência de intervenções baseadas em técnicas de meditação, psicoterapia integrada a conceitos espirituais e recursos audiovisuais com conteúdos e discussões sobre a espiritualidade (KELLY *et al.*, 2011; RICKHI B *et al.*, 2011; KOSZYCKI *et al.*, 2014). Essas técnicas, por sua vez, têm demonstrado resultados positivos e promissores que se expressam, principalmente, na redução de sintomas ansiosos, depressivos e na redução da dependência química. Infelizmente, em relação ao CS, até o momento, não se identificou qualquer intervenção específica que fosse testada efetivamente e que apresentasse condições para ser generalizada.

Contudo, é notório que as pessoas demonstram algum grau de espiritualidade e, frequentemente, manifestam aos profissionais de saúde o desejo de que esses aspectos sejam

considerados no âmbito dos seus processos terapêuticos (BEST *et al.*, 2015). Assim, um ponto fundamental na prática clínica é a coleta de dados sobre a história e a vivência espiritual dos indivíduos, para que seja possível a identificação de recursos espirituais positivos que possam ser utilizados no enfrentamento de sua doença mental, assim como na prevenção do CS (DEIN, 2018).

Tendo em vista a relevância do tema R/E, recomenda-se que os profissionais de saúde sejam treinados para que possam fazer sua abordagem centrada no paciente, livre de preconceitos em relação às crenças deles, mesmo que diverjam das suas. Essa conduta tem contribuído para melhorar a adesão ao tratamento, fortalecer a relação terapêutica e aumentar a satisfação com o cuidado recebido. Caso seja constatado em pacientes com risco de suicídio, ou mesmo em outros quadros psicopatológicos, que as práticas ou crenças religiosas e os apoios que eles recebem de suas instituições lhe são úteis no lidar com situações de estresse, essas práticas e apoios poderão ser incluídos no processo terapêutico (TOSTES *et al.*, 2013; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

O suicídio é um grave problema de saúde pública que ceifa milhões de vidas anualmente. Trata-se de um fenômeno complexo, multidimensional e de difícil prevenção. A R/E destaca-se na maioria das pesquisas como sendo um dos principais fatores de proteção a esse comportamento. Dessa forma, o objetivo final das pesquisas que avaliam R/E e CS é trazer benefícios ao maior número de indivíduos, além de poderem ser replicados e utilizados como estratégias de cuidado e de intervenção em portadores de doença mental. Porém, para que isso seja alcançado, há, ainda, um longo caminho a ser percorrido. O que se espera é que tal cenário sirva de estímulo a novos pesquisadores, visto que a possível aplicação clínica da R/E na prevenção ao suicídio permanece como um grande desafio.

REFERÊNCIAS

- AMIT, B. H. *et al.* Religiosity is a protective factor against self-injurious thoughts and behaviors in Jewish adolescents: Findings from a nationally representative survey. **European psychiatry**, [s.l.], v. 29, n. 8, p. 509-513, Oct. 2014.
- AZORIN, J. M. *et al.* Religious involvement in major depression: protective or risky behavior? The relevance of bipolar spectrum. **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 150, n. 3, p. 753-759, Sep. 2013.
- BEST M., BUTOW P., OLVER I. Do patients want doctors to talk about spirituality? a systematic literature review. **Patient education counseling**, v. 98, n 11, p. 1320-1328 2015, Nov. 2015.

- BONELLI, R. M.; KOENIG, H. G. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. **Journal of religion and health**, [s.l.], v. 52, n. 2, p. 657-673, Feb. 2013.
- BURSHTEIN, S. *et al.* Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. **Acta psychiatrica scandinavica**, [s.l.], v. 133, n. 6, p. 481-488, Apr. 2016.
- CARIBÉ, A. C. *et al.* Religiosity as a protective factor in suicidal behavior. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 200, n. 10, p. 863-867, Oct. 2012.
- _____. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 186, p. 156-161, Nov. 2015.
- _____. Religiosity and impulsivity in mental health. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 203, n. 7, p. 551-554, Jul. 2015.
- COLUCCI, E.; MARTIN, G. Religion and spirituality along the suicidal path. **Suicide and life-threatening behavior**, [s.l.], v. 38, n. 2, p. 229-244, Apr. 2008.
- CORYELL, W. *et al.* Aggression, impulsivity and inflammatory markers as risk factors for suicidal behavior. **Journal of psychiatric research**, [s.l.], v. 106, p. 38-42, Nov. 2018.
- DEIN, S. Against the stream: religion and mental health: the case for the inclusion of religion and spirituality into psychiatric care. **Bjpsych bulletin**, [s.l.], v. 42, n. 03, p. 127-129, May. 2018.
- DERVIC, K. *et al.* Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. **The journal of clinical psychiatry**, [s.l.], v. 72, n. 10, p. 1390-1396, Feb. 2011.
- DURKHEIM, É. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- GONÇALVES, J. P. B. *et al.* Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **Psychological medicine**, [s.l.], v. 45, n. 14, p. 2937-2949, Jul. 2015.
- HOFFMAN, S.; MARSIGLIA, F. F. The impact of religiosity on suicidal ideation among youth in central Mexico. **Journal of religion and health**, [s.l.], v. 53, n. 1, p. 255-266, Oct. 2012.
- JACOB, L.; HARO, J. M.; KOYANAGI, A. The association of religiosity with suicidal ideation and suicide attempts in the United Kingdom. **Acta psychiatrica scandinavica**, [s.l.], p. 1-10, Oct. 2018.
- KELLY, J. F. *et al.* Spirituality in recovery: a lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. **Alcoholism: clinical and experimental research**, [s.l.], v. 35, n. 3, p. 454-463, Dec. 2010.
- KOENIG H. G.; KING D. E.; CARSON V. B. **Handbook of religion and health**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2012.
- KOSZYCKI, D. *et al.* A multifaith spiritually based intervention versus supportive therapy for generalized anxiety disorder: a pilot randomized controlled trial. **Journal of clinical psychology**, [s.l.], v. 70, n. 6, p. 489-509, Oct. 2013.
- KRAUSE, N.; IRONSON, G.; HILL, P. Religious involvement and happiness: assessing the mediating role of compassion and helping others. **The journal of social psychology**, [s.l.], v. 158, n. 2, p. 256-270, Aug. 2017.
- LARGE, M. *et al.* Meta-analysis of longitudinal Cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. **Plos one**, [s.l.], v. 11, n. 6, p. 1-17, Jun. 2016.
- LAWRENCE, R. E. *et al.* Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 204, n. 11, p. 845-850, Nov. 2016.
- LI, D. *et al.* Gratitude and suicidal ideation and suicide attempts among Chinese adolescents: direct, mediated, and moderated effects. **Journal of adolescence**, [s.l.], v. 35, n. 1, p. 55-66, Feb. 2012.
- LUCCHETTI, A. *et al.* Spirituality in geriatric psychiatry. **Current opinion in psychiatry**, [s.l.], v. 31, n. 4, p. 373-377, Jul. 2018.
- MCCLATCHEY, K. *et al.* Protective factors of suicide and suicidal behaviour relevant to emergency healthcare settings: a systematic review and narrative synthesis of post-2007 reviews. **Archives of suicide research**, [s.l.], p. 1-32, Jul. 2018.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Revista brasileira de psiquiatria**, [s.l.], v. 36, n. 2, p. 176-182, abr. 2014.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* WPA Position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World psychiatry**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 87-88, Feb. 2016.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Revista brasileira de psiquiatria**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 242-250, ago. 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F. Religião e comportamento suicida: a cultura da morte. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004, p. 53-60.

MOSQUEIRO, B. P.; ROCHA, N. S.; FLECK, M. P. A. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 179, p. 128-133, Jul. 2015.

NEWBERG, A. *et al.* The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study. **Psychiatry research: neuroimaging**, [s.l.], v. 106, n. 2, p. 113-122, Apr. 2001.

NORDFJÆRN, T. Religiosity and alcohol use: is religiosity important for abstinence and consumption levels in the second half of Life? **Substance use & misuse**, [s.l.], v. 53, n. 14, p. 2271-2280, Jun. 2018.

O'BRIEN, B. *et al.* Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. **International journal of geriatric psychiatry**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 54-59, Oct. 2018.

O'REILLY, D.; ROSATO, M. Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people. **British journal of psychiatry**, [s.l.], v. 206, n. 06, p. 466-470, Jun. 2015.

PARK, C. L. Religiousness/spirituality and health: a meaning systems perspective. **Journal of behavioral medicine**, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 319-328, May 2007.

PIRUTINSKY, S. *et al.* Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? **Journal of affective disorders**, [s.l.], v. 132, n. 3, p. 401-405, Aug. 2011.

RICKHI, B. *et al.* A spirituality teaching program for depression: a randomized controlled trial. **The international journal of psychiatry in medicine**, [s.l.], v. 42, n. 3, p. 315-329, Oct. 2011.

ROBINS, A.; FISKE, A. Explaining the relation between religiousness and reduced suicidal behavior: social support rather than specific beliefs. **Suicide and life-threatening behavior**, [s.l.], v. 39, n. 4, p. 386-395, Aug. 2009.

SEYBOLD, K. S. Physiological mechanisms involved in religiosity/spirituality and health. **Journal of behavioral medicine**, [s.l.], v. 30, n. 4, p. 303-309, Jun. 2007.

SHEARER, A. *et al.* Religion, sexual orientation, and suicide attempts among a sample of suicidal adolescents. **Suicide and life-threatening behavior**, [s.l.], v. 48, n. 4, p. 431-437, Jul. 2017.

STACK, S.; LAUBEPIN, F. Religiousness as a predictor of suicide: an analysis of 162 European regions. **Suicide and life-threatening behavior**, [s.l.], p. 1-11, Jan. 2018.

TAYLOR, R. J.; CHATTERS, L. M.; JOE, S. Religious involvement and suicidal behavior among African Americans and black Caribbeans. **The journal of nervous and mental disease**, [s.l.], v. 199, n. 7, p. 478-486, Jul. 2011.

TOSTES, J. S. R. M.; PINTO, A. R.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? **Revista debates em psiquiatria**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 20-26, mar. 2013.

TOUSSAINT, L. *et al.* Religiousness and suicide in a nationally representative sample of Trinidad and Tobago adolescents and young adults. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [s.l.], v. 50, n. 9, p. 1441-1450, Mar. 2015.

TREVINO, K. M. *et al.* Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. **Psychoncology**, [s.l.], v. 23, n. 8, p. 936-945, Feb. 2014.

VAN DEN BRINK, B. D.; SCHAAP, H.; BRAAM, A. W. Moral objections and fear of hell: an important barrier to suicidality. **Journal of religion and health**, [s.l.], v. 57, n. 6, p. 2301-2312, Feb. 2018.

VITORINO, L. M. *et al.* Spiritual religious coping is associated with quality of life in institutionalized older adults. **Journal of religion and health**, [s.l.], v. 55, n. 2, p. 549-559, Dec. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Projections of mortality and causes of death, 2016-2060. Geneva, Oct. 2018. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/. Acesso em: 30 dez. 2018.