

Espiritualidade como fator de proteção do suicídio

Spirituality as suicide protection factor

Ana Catarina T. Loureiro¹

Giancarlo Lucchetti²

Attilio Provedel³

Keila Peixoto Xavier⁴

Valmin Ramos da Silva⁵

Maria Carlota de Rezende Coelho⁶

Resumo: O objetivo foi fazer uma reflexão, a partir da literatura, sobre a espiritualidade como fator de proteção do suicídio. Utilizou artigos atualizados das bases de dados indexadas na BVS. A prevenção do suicídio vem sendo considerada um imperativo em programas que visam redução de danos e reduzir a taxa de mortalidade. Diversos estudos apontam para uma relação positiva entre espiritualidade e desfechos clínicos e laboratoriais, observando diminuição dos níveis de cortisol e mortalidade. Nesse contexto a espiritualidade reconhecida como fonte de conforto e esperança encontra-se inserida no cerne das recomendações da Organização Mundial de Saúde como fator protetor do suicídio. Pesquisadores consideram que líderes e congregados espirituais são atores privilegiados não apenas na transmissão de informação como na identificação de pessoas sob risco de se matar. Observa-se que a espiritualidade, como uma das ferramentas de prevenção ao suicídio é pouco pesquisada ainda que reconhecida pelo Organização Mundial da Saúde.

Palavras-chave: suicídio, espiritualidade, prevenção.

Abstrat: The aim was to reflect, from the literature on spirituality as suicide protection factor. Used updated articles of databases indexed in the BVS. Suicide prevention has been considered a must for programs aimed at harm reduction and reduce the mortality rate. Several studies point to a positive relationship between spirituality and clinical and laboratory outcomes, noting decrease in cortisol levels and mortality. In this context spirituality recognized as a source of comfort and hope it is inserted into the core of the World Health Organization recommendations as a protective factor of suicide. Researchers believe that spiritual leaders and congregants are privileged actors not only in transmission of information and identification of people at risk of killing himself. It is observed that spirituality, as one of the suicide prevention tools is still little studied that recognized by the World Health Organization.

Keywords: suicide, spirituality, prevention

1 Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará. Especialista e Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Mestranda no Curso de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. actloureiro@gmail.com

2 Doutor em Neurologia / Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil (2013). Professor da Pós-Graduação - Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Especialista em Clínica Médica pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e especialista em Geriatria e Gerontologia pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. g.lucchetti@yahoo.com.br

3 Professor Associado do Departamento de Arquivologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Coordenador do Núcleo de Estudos em Ciência e Espiritualidade (NECE/UFES). attilio.provedel@ufes.br

4 Graduação em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Mestranda no Curso de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. keilap.xavier@hotmail.com

5 Doutor em Pediatria pela Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor e Coordenador do Programa de Residência Médica em Pediatria do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória de Vitória - ES. Docente no Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. valmin.silva@gmail.com

6 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora adjunta da Escola de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. mcarlota3@hotmail.com

Espiritualidade como fator de proteção do suicídio

Spirituality as suicide protection factor

Ana Catarina T. Loureiro
Giancarlo Lucchetti
Attilio Provedel
Keila Peixoto Xavier
Valmin Ramos da Silva
Maria Carlota de Rezende Coelho

Introdução

O objetivo do texto é fazer uma reflexão, a partir da literatura, sobre a espiritualidade como fator de proteção ao suicídio.

O termo suicídio é de origem latina, cujo significado se mantém relacionado à autoeliminação, à autodestruição, ao autoassassinato e ao autohomicídio (Venco e Barreto, 2010). O suicídio, também foi bem definido por Durkheim como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado” Durkheim (2008, p 15).

De acordo com Neves (2010) o termo teria sido utilizado pela primeira vez na obra *Religio Medici* escrita por Sir Thomas Browne, datada de 1643 e citado pela primeira vez, na França pelo abade Prévost, no ano de 1734. Ao longo da história o suicídio foi visto de diferentes formas; na Grécia antiga o ato era tolerado se o indivíduo apresentasse boas razões para não mais viver (Venco e Barreto, 2010), caso contrário não tinha autorização do estado.

Neves (2010) afirma que o suicídio esteve sempre presente na humanidade, uma vez que foram encontradas evidências de sua prática nos povos pré-históricos. No antigo Egito existia a Academia de Sinapotumenos, vocábulo de origem grega que significa “matar juntos”, onde segundo registros eram estimulados os suicídios em grupo. Há relatos de suicídios coletivos narrados por Flávio Josefo e segundo Rocha (2004), estes eram atos que ocorriam em situações limítrofes como “doenças incuráveis, assédio do inimigo, perda da liberdade e arrependimento por atrocidades praticadas”. O episódio do Monte Massada – o último reduto judaico na guerra contra os romanos, onde os sicários liderados por Eleazar bem Yair praticaram um suicídio coletivo envolvendo 960 judeus, narrado por Flávio Josefo, é questionado por pesquisadores arqueólogos, com base em evidências da disposição dos esqueletos e alguns materiais como pelo de cabra, lã e algodão que foram encontrados nas proximidades.

Ora permitido, ora condenado nas diversas culturas, o suicídio passa a ser considerado crime a partir do Concílio de Arles, no ano 425, e recebe sanção penal no concílio de Praga, no ano 563, sendo determinado que “os suicidas não seriam honrados com nenhuma comemoração do santo sacrifício da missa e que o cântico dos salmos não acompanharia o seu corpo na descida ao túmulo” (Durkheim, 2008).

Até o século XIX (OMS, 2000) o suicídio não havia recebido um tratamento adequado por parte da comunidade científica. A partir de Jean-Étienne Dominique Esquirol, na psiquiatria, e Émile Durkheim, na sociologia, o ato suicida passa a receber uma abordagem mais técnica, tentando-se compreender o significado e a dor daqueles que enveredavam por esse caminho. Essa procura prossegue até a contemporaneidade e, apesar da ampliação do conhecimento, os estudiosos ainda não chegaram a um consenso quanto às suas causas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), essa atitude é realmente multidimensional e pode ter como pano de fundo os transtornos mentais como a esquizofrenia, a depressão, o uso de álcool e as drogas, doenças físicas, fatores sociais, ambientais e biológicos, o que

torna difícil, na análise do suicídio, identificar onde se inicia um e termina outro e qual é o preponderante (OMS, 2000).

Fatores sociais e suicídio

De acordo com Junior (2014), a contemporaneidade “caracteriza-se, entre outros aspectos, pela grande insatisfação dos indivíduos com as condições de existência” que podem advir, não só pela ausência de condições básicas observada em alguns segmentos, mas também em virtude da “volúpia por direitos/privilégios”, o que pode desencadear nos indivíduos sentimentos de desilusão e desapontamento e conseqüente perda do sentido de viver. Além disso, “fatores sociais, como a fácil disponibilidade de meios para cometer o suicídio, e eventos de vida estressantes, podem ter um papel significativo no aumento do risco de suicídio” (OMS, 2000). Conforme Souza (2010), o suicídio é mais frequente nos períodos de crises socioeconômicas, individuais e familiares, tais como a perda de relacionamento afetivo.

Um número da revista “Isto É”, em 2012, trouxe uma reflexão sobre a crise econômica que devastou a Europa no final do século XX e início do século XXI e que foi também agravada por uma elevação acentuada dos índices de suicídio. De acordo com Barboza (2012), de janeiro a julho de 2012, cerca de 80 pessoas suicidaram-se na Itália, tendo como pano de fundo a crise econômica. Na Grécia, a partir de 2009, dobrou o número de óbitos e tentativas de suicídio em virtude da crise. No Brasil, Ceccon (2014) ao analisar as taxas de suicídio em seis capitais, encontrou relação estatisticamente significativa entre suicídio e trabalhadores que recebem menos de um salário mínimo, na cidade de São Paulo, e desemprego e suicídio, na cidade do Rio de Janeiro.

Epidemiologia do suicídio e aspectos preventivos do agravo

A Organização Mundial de Saúde (2014) informa em números absolutos 804.000 casos de suicídios por ano no mundo, representando uma taxa anual global de 11,4 por 100.000 habitantes, sendo 15,0 para homens e 8,0 para mulheres o que corresponde uma morte a cada 40 segundos. Em 2006, o suicídio era uma das dez maiores causas de morte nos países em geral e, na faixa etária dos 15 aos 35 anos estava entre as três maiores causas de morte. Atualmente passou para a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2014). Observa-se uma drástica redução da faixa etária com aumento do indicador de causa de morte entre os jovens.

Há uma estimativa da OMS (Brasil, 2006) para o ano de 2020, de que no mundo haverá 1,53 milhões de óbitos por suicídio. Segundo publicação da OMS (2014), existem indicativos de que para cada adulto que morre por suicídio outros vinte estão tentando.

O Brasil apresenta índices percentualmente baixos, se comparado aos países de baixa densidade populacional, mas em números absolutos, está entre os dez países com maior número de casos (Giovanni, 2009). Este número cresceu entre 1980 e 2000, com elevação global de 21% e, na faixa etária entre 15 e 24 anos, em torno de 1900%, segundo análise descritiva dos dados brasileiros extraída do banco de dados DATASUS, realizada por Santos (2005). Em nosso país temos taxas de 9,4 para indivíduos do sexo masculino e 2,5 para o sexo feminino por 100.000 habitantes (OMS, 2014).

Durante a sexagésima sexta assembleia geral da OMS (2013), foi traçado o objetivo de reduzir em 10%, até o ano de 2020, as taxas de suicídio em todos os países. Nesse sentido, a prevenção vem sendo considerada um imperativo global (Lancet, 2014) pelos principais atores envolvidos em programas que visam à redução de danos. Além disso, em muitos casos, o suicídio pode ser prevenido, devendo os profissionais se disponibilizar para o atendimento nas suas diversas áreas de atuação (Fukumitsu, 2013).

É importante não só compreender as razões que levam os indivíduos ao ato extremo, como também promover a des-estigmatização deste comportamento, além de ajudar àqueles que estão sob risco de suicídio (Lancet, 2012). Segundo dados da OMS (2000), “40 a 60% das pessoas que cometem suicídio consultaram um médico no mês anterior ao suicídio, sendo que a maioria foi consultada por um clínico geral”.

O suicídio é considerado como um transtorno multidimensional pela OMS (2000) e como produto final de “fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos”, que interagem entre si, portanto à abordagem das medidas preventivas deve levar em consideração todos estes aspectos.

Segundo a OMS (2000) existe uma prevalência de 80 a 100% de transtornos mentais nos casos de suicídios, e esses têm um papel significativo no número de suicídios. No manual do Ministério da Saúde dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental consta que os transtornos de humor, transtornos consequentes ao uso abusivo de substâncias psicoativas e transtornos de personalidade, sobretudo, borderline estão entre as três primeiras causas de suicídio por transtornos mentais (Brasil, 2006).

A prevenção recomendada pela OMS (2012) faz-se em três níveis: universal, seletiva e indicada. Considera nível universal, as ações que visam aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, promoção de saúde mental, redução do uso abusivo de álcool e restrição aos meios de acesso, como pesticidas e armas de fogo, assim como evitar divulgações sensacionalistas na mídia. O nível seletivo refere-se a cuidados específicos com os grupos considerados vulneráveis, que são aqueles que sofreram trauma ou abuso, pessoas envolvidas em conflitos, refugiados, migrantes e enlutadas por suicídio. Por fim, para a prevenção indicada, recomenda-se avaliação cuidadosa de comportamentos suicidas, de pessoas que fazem uso abusivo de drogas e seguimento intensivo de pacientes que tentaram suicídio OMS (2014).

A publicação da OMS (2012) Public Health Action for the Prevention of Suicide recomenda como estratégia de prevenção para populações vulneráveis o treinamento de pessoas que estão em contato direto com os membros da comunidade, como os membros da atenção básica de saúde e equipes de emergência, professores, líderes comunitários, líderes religiosos e espirituais assim como curandeiros tradicionais, tornando-os capazes de ações efetivas em momentos de crise.

Sob a óptica da prevenção individual é recomendado identificar e tratar transtornos mentais procurando manter conexão entre os serviços básicos de saúde e as equipes especializadas em saúde mental. Salienta ainda a OMS sobre a importância de ser perguntado a todos os indivíduos maiores de 10 anos a respeito de pensamentos ou planos de suicídio, se eles são portadores de depressão, fazem uso abusivo de drogas, têm dor crônica, e se estão em situação de estresse emocional agudo.

Espiritualidade como fator de proteção

Espiritualidade por ser tema relativamente novo de estudo metodológico, ainda não possui consenso em sua definição. De acordo com Saad (2001, p.108) “é um sentimento pessoal, que estimula um interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade”. Lucchese (2013, p.105) considera espiritualidade como “sentimento pessoal dos indivíduos em busca de sentido para suas vidas, muitas vezes, livre de regras, regulamentos e responsabilidades associados com a religião”. Koenig (2001) orienta sobre as diferenças que permeiam questões inerentes à espiritualidade/religiosidade e a religião:

Espiritualidade é uma busca pessoal pela compreensão das questões últimas acerca da vida, do seu significado, a da relação com o sagrado e transcendente, podendo ou não conduzir ou originar rituais

religiosos e formação de comunidade. A religião é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente³ (Koenig, 2001, p.18).

Diversos estudos apontam para uma relação positiva entre religiosidade/espiritualidade e desfechos clínicos e laboratoriais, observando-se inclusive diminuição dos níveis de cortisol e mortalidade (Lucchetti et al., 2010). No mesmo artigo os autores também demonstraram uma menor reatividade da pressão arterial em pacientes com maior religiosidade. Lekarski (2012) sugere que a religiosidade/espiritualidade tem impacto na sobrevivência das pessoas.

Um estudo de corte transversal conduzido por Borges et al., (2013), da Faculdade de Medicina de Jundiaí, entre junho de 2010 e maio de 2011, envolvendo 12 universidades brasileiras, teve como objetivo “compreender quais são os conceitos de espiritualidade trazidos pelos estudantes de medicina e sua relação com a religiosidade”. A pesquisa mostrou que não existe igualdade no conceito de espiritualidade, embora “as diferentes dimensões de religiosidade moldaram a forma de entender o campo de saúde e espiritualidade”, levando os autores a tecer considerações a respeito da importância de ampliar a discussão sobre o assunto.

Almeida (2010) apresentou os dados de um estudo com uma amostra probabilística da população brasileira, com 3007 indivíduos residentes em 143 cidades, e identificou alto nível de religiosidade na população brasileira, mostrando a importância das crenças na vida do indivíduo.

Puchalski (2001) pondera que a “espiritualidade pode ser um elemento importante na forma como os pacientes enfrentam a doença crônica, sofrimento e perda”, recomendando aos médicos inserir espiritualidade nos cuidados dos pacientes. Guimarães (2007) apresentou um estudo de revisão descritiva, concluiu que “religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças na população previamente sadia”.

Dalgalarrondo (2007) ao analisar pesquisas relevantes publicadas sobre saúde mental e religião constata que a busca para alívio do sofrimento, através da presença do religioso, é evidenciada em muitas pesquisas. Peteet (2007) analisando as perspectivas clínicas de prevenção do suicídio sugere que os médicos ajudem seus pacientes a desenvolver sua espiritualidade e estabelecer conexões quando sentirem-se só, incompreendidos e rejeitados por todos, assim como, deveriam ser estimulados a sentir Deus “como o pai do filho pródigo” e não como uma autoridade que irá julgá-los”. Bertolote et al., (2002) encontraram taxas de suicídio entre 12/100.000 habitantes para o sexo feminino e 40/100.000 para o sexo masculino, entre os ateus.

Huguelet et al. (2007) estudaram 115 pacientes internados em hospital psiquiátrico, com diagnóstico de esquizofrenia e transtorno esquizo-afetivo, com idade entre 18 e 65 anos que foram entrevistados por três psiquiatras. Embora os autores não tenham encontrado uma relação inversa entre tentativas de suicídio e religiosidade/espiritualidade nessa população, ao analisar os dados na forma qualitativa detectou que 25% deles referiu um papel protetor da religião contra o suicídio.

Rasicet al. (2008) analisaram espiritualidade, religião e comportamento suicida, em uma população de 36.984 pessoas no Canadá, com idade superior a 15 anos, obtendo resposta de 77% da amostra selecionada. Observaram que, 63,1% dos entrevistados relataram que valores espirituais eram importantes e concluíram que a prática religiosa está associada a menos tentativa de suicídio nos últimos 12 meses, tanto na população em geral, como naqueles portadores de transtorno mental, mesmo depois de afastados fatores como suporte social.

A espiritualidade seja cada vez mais reconhecida como fator de proteção a saúde e reforçada em estudos como o INTERHEART que analisou uma coorte com aproximadamente

27.000 indivíduos, em 52 países dos cinco continentes, e que foi desenhado para avaliar os fatores de risco para doença arterial coronariana. Nos seus resultados constam recomendações para valorizar a religiosidade e a busca por orientação espiritual como fator de proteção (Lancet, 2004). Mesmo com muitos estudos, a medicina ocidental apresenta posturas ora negligenciando, ora fazendo oposição ostensiva por considerar uma evidência de psicopatologia e às vezes assumindo uma postura de aceitação, que deve ser incluído no cuidado integral do paciente (Borges, 2013).

Bonelli e Koenig (2013) em uma revisão sistemática relatam que em 72% dos estudos analisados encontraram relação positiva entre religiosidade e saúde mental e 5% encontraram correlação negativa.

A OMS (2012) publicou as ações para prevenção do suicídio onde reconhece e recomenda, como fatores protetores, crenças pessoais e religiosas que desencorajam o ato suicida e considera como pessoas-chave nessa empreitada, os líderes espirituais e religiosos, assim como, curadores tradicionais.

Segundo Betsheet al. (2010),

Líderes e congregados espirituais são atores privilegiados não apenas na transmissão de informação como na identificação de pessoas sob risco de se matar. Não se trata de legar a eles ou à fé que professam a responsabilidade por tratamentos ou por alguma solução, mas de construir uma ponte entre esferas sociais que possam colaborar para a promoção de saúde mental e prevenção do suicídio (Betsheet al., 2010, pp. 37-50).

Marie Bullock (2012) ao realizar uma análise qualitativa das entrevistas feitas com 15 adolescentes entre 14 e 18 anos, demonstrou que os membros de comunidades religiosas agiam como uma ponte entre os jovens e o prestador de cuidados de serviços de saúde mental, chamando a atenção para a importância de empoderar e capacitar líderes religiosos ensinando-os como abordar e a lidar com situações de crises, diante de pessoas com ideação suicida.

A despeito de a fé ser reconhecida nas últimas décadas como fator protetor ao fornecer um sistema organizado e estruturado de crença e suporte social, não se pode esquecer que algumas crenças, em virtude de suas posturas morais podem estigmatizar o suicídio, evitando que os seus membros possam buscar ajuda e outras crenças estimulam a autoimolação ao recomendar às mulheres que ficam viúvas a jogarem-se na pira por ocasião da cremação do cônjuge, costume existente em algumas regiões da Ásia (OMS, 2014).

Conclusão

Ao postular a espiritualidade como uma das ferramentas de prevenção ao suicídio, os autores citados não estão fazendo apologia ou induzindo as diferentes crenças, muito menos, desaconselhando medidas terapêuticas clássicas como as inúmeras modalidades de psicoterapias e a abordagem farmacológica, ambas necessárias a pessoas em estado de sofrimento tal, que cogitam e, em alguns momentos tentam livrar-se da dor que as afligem tirando a própria vida.

Na verdade os autores estão sugerindo outra possibilidade terapêutica, mais integrativa incluindo os cuidados espirituais como possibilidade complementar e não alternativa como às vezes é sugerida pelo senso comum.

Os artigos indicam que os pesquisadores consideram que o indivíduo, em sua complexidade, vai além do biológico evidenciando e valorizando aspectos importantes que foram negligenciados por muitos séculos, em algumas áreas da saúde, mesmo após a ampliação do conceito de saúde pela OMS, que inclui o bem estar físico, mental e social desde 1946.

Referências

- Bteshe, M., de Oliveira, V. M., Clébicar, T., Estellita-Lins, C., & Salles, I. (2010). Suicídio na literatura religiosa: o kardecismo como fonte bibliográfica privilegiada. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 4(3).
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., ... & Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35(10), 1457-1465.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*, 52(2), 657-673.
- Borges, D. C., dos Anjos, G. L., de Oliveira, L. R., Leite, J. R., & Lucchetti, G. (2013). Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *RevSocBrasClin Med*, 11(1), 6-11.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*.
- Bullock, M., Nadeau, L., & Renaud, J. (2012). Spirituality and religion in youth suicide attempters' trajectories of mental health service utilization: the year before a suicide attempt. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(3), 186.
- Ceccon, R. F., Meneghel, S. N., Tavares, J. P., & Lautert, L. (2014). Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. *Ciênc. saúde coletiva*, 19(7), 2225-2234.
- Dalgalarrondo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 25-33.
- Fukumitsu, K. O. (2013). Suicídio e luto: Histórias de filhos sobreviventes.
- Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de psiquiatria clínica*, 34(1), 88-94.
- Huguelet, P., Mohr, S., Jung, V., Gillieron, C., Brandt, P. Y., & Borrás, L. (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry*, 22(3), 188-194.
- Junior, E. B. (2014). Durkheim: Ascese, Moral, Integração e Mudança Social. *UNOPAR Científica Ciências Humanas e Educação*, 11(2).
- Koenig, H., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford university press.
- Lancet. Recuperado de www.thelancet.com (2012), 379, June 23,
- Lucchese, F. A., & Koenig, H. G. (2013). Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 28(1), 103-128.
- Lucchetti, G., Granero, A. L., Nobre, F., & AVEZUM Jr, A. (2010). Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. *RevBrasHipertens*, 17(3), 186-188.
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *RevPsiqClín*, 37(1), 12-5.
- Neves F., Correa H., Nicolato R. (2010) Suicídio e Cultura: uma Proposta para o Fortalecimento da Rede de Cuidados em Saúde Mental. *Debates. ABP. Set/Out*, 05, 24-26.
- Peteet, J. (2007). Suicide and spirituality: a clinical perspective. *Suicide*, 100(7).
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 14(4), 352.
- Rocha, I. E. (2004). Dominadores e dominados na Palestina do século I. *história*, 23(1-2),

239-258.

- Rasic, D. T., Belik, S. L., Elias, B., Katz, L. Y., Enns, M., Sareen, J., & Team, S. C. S. P. (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of affective disorders*, 114(1), 32-40.
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(3), 107-112.
- Saxena, S, Fleischmann, A. (2012). WHO launches the first world suicide report. Recuperado de www.thelancet.com/psychiatry (1) September 2014
- Souza, F. (2010). Suicídio: dimensão do problema e o que fazer. *Psiquiatria Hoje*, 2(5), 6-8.
- Venco, S., & Barreto, M. (2010). O sentido social do suicídio no trabalho. *Revista espaço acadêmico*, 9(108), 1-8.
- Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*.
- World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.