

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

Victoria Alexandre Silva de Almeida

**O papel da religiosidade/espiritualidade no comportamento suicida: um estudo
transversal multicêntrico**

Juiz de Fora 2025

Victoria Alexandre Silva de Almeida

O papel da religiosidade/espiritualidade no comportamento suicida: um estudo transversal multicêntrico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Pesquisa em Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida
Coorientador: Prof. Dr. Ives Cavalcante Passos

Juiz de Fora 2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Alexandre Silva de Almeida, Victoria.

O Papel da Religiosidade e Espiritualidade no Comportamento Suicida: um Estudo Multicêntrico : Estudo Transversal Multicêntrico no Brasi / Victoria Alexandre Silva de Almeida. -- 2025.
134 f.

Orientador: Alexander Moreira de Almeida

Coorientador: Ives Cavalcante Passos

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde, 2025.

1. Suicídio. 2. Prevenção do Suicídio. 3. Religiosidade/Espiritualidade. 4. Estudo Multicêntrico. I. Moreira de Almeida, Alexander, orient. II. Cavalcante Passos, Ives, coorient. III. Título.

Victoria Alexandre Silva de Aalmeida

O papel da religiosidade/espiritualidade no comportamento suicida: um estudo transversal multicêntrico

Dissertação apresentada Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde. Área de concentração: Pesquisa em Saúde Humana.

Aprovada em 11 de agosto de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexander Moreira de Almeida - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Bruno Paz Mosqueiro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Juiz de Fora, 01/08/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Alexander Moreira de Almeida, Professor(a)**, em 12/08/2025, às 10:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Paz Mosqueiro, Usuário Externo**, em 13/08/2025, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Telmo Mota Ronzani, Professor(a)**, em 13/08/2025, às 18:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2526097** e o código CRC **A66FFF6C**.

Ao meu pai Anderson, por me provar que o amor é maior que todas as adversidades. E, ao meu “tai”, por me inspirar e guiar pelos caminhos da vida.

AGRADECIMENTOS

Com desmedido reconhecimento e gratidão, agradeço, primeiramente, Aquele que me conhece pelo nome, que me chama sobre as águas e que colocou Seu tesouro em um vaso de barro. E, claro, Aquele que, quando fala, a vida e a ciência, ao som da Sua voz, seguirão.

Ao meu pai Anderson, que, mesmo do lado de lá, faz com que sua presença e amor sejam sentidos do lado de cá: seu legado e história sempre serão uma constante em minha vida. Você vive, também, através de mim.

À minha mãe, pela vida, pelo amor incondicional e por nunca desistir de mim: obrigada por abrigar meus sonhos e apoiar (desde sempre, rs) minhas ideias mirabolantes, acolher meus medos e estar sempre na primeira fileira, incentivando e comemorando cada vitória, não importa qual seja. E, também, ao Léo, meu padasto, por sempre estar disponível, seja para fazer arte na cozinha ou para programações rubro-negras.

Aos meus tios, que de tios não têm nada, pois também são meus pais: vocês desempenham um papel e ocupam um lugar inestimável em meu coração. Quem dera eu conseguir retribuir todo o amor e amparo que recebi (e ainda recebo) de vocês. Tio Leti, há muito de você em mim e reconhecer isso é motivo de grande orgulho. Tia Gê, você é o sinônimo e inspiração em minha vida de cuidado, família e presença.

Ao amor da minha vida, melhor amigo, luz dos meus olhos e amore mio: Baby, te amar é uma das coisas mais fáceis que já fiz na vida. Obrigada por acreditar em mim quando duvido, me enxergar e não medir esforços para cuidar de mim, por ser o meu equilíbrio e a exata definição da palavra “companheiro”. Amo jogar no nosso time. Estendo meu amor e gratidão ao Gui, Lu e Amandinha (minha melhor-amiga-cunhada), por terem me recebido tão bem em sua família, me fazerem sentir em casa desde o dia 1 e, claro, pelas coquinhas geladas!

Por sempre ser uma constância em minha vida, minha referência, meu Norte, minha casa, porto seguro; por ter incutido em mim um dos hábitos que mais valorizo, o da leitura e, claro, por ter me proporcionado exercer um dos papéis que mais amo na vida, o de ser tia (de dois!!!). Agradeço a minha irmã Giulia, com a certeza de que nunca conseguirei colocar em palavras todo o amor que nos envolve.

Meus irmãos, tesouros da minha vida, pelo caminho compartilhado, regado de risadas, compreensão, puxões de orelha e piadas internas. Agradeço em especial a Laura, por ser “pau para toda obra”: desde aventuras pela cozinha, “sommelier” de filmes e séries, teorias malucas, ser a cola que une o trio e até ser colo quando preciso de um. Ao Caio, pelo companheirismo crescente, pelas incontáveis partidas de videogame e por sempre topar as pegadinhas engraçadas. Ao Théo, por sempre proporcionar riso fácil (antes mesmo do dia do “merdado”, rs), pela amizade e por me encher de orgulho ao ver seu amadurecimento. E, finalmente, para a minha caçula, Lili, que tem um coração lindo e gentil. Pedi muito por você para a mamãe e sou muito feliz em podermos compartilhar a vida juntas!

Ao Vicente, amor da vida da “Dida”, agradeço por colorir os meus dias, desde o primeiro momento que soube da sua vinda, com cores que eu nem sabia que faltavam.

Aos meus avós paternos, que além de carregarem pedacinhos do meu pai, não mediram esforços para que eu pudesse realizar um dos meus maiores chamados e me tornar psicóloga, minha eterna gratidão.

Aos meus avós maternos, que preenchem a minha vida com carinho, agradeço de todo o meu coração por sempre serem presença, amor e cuidado (e por sempre me receberem com o melhor macarrão do mundo). Sou igualmente grata à tia(vó) Arlinda, por seu amor e presença.

À Jana, pelo cuidado ao longo desses anos, por ser uma fonte de amparo e me ajudar a florescer, enxergar e descobrir potencialidades que eu mesma demorei a reconhecer.

Ao meu orientador, por realmente acreditar, inspirar e me ensinar a ser “obsessiva e paranoide”, me ajudando a lapidar o diamante do conhecimento, sempre buscando a verdade com ética, rigor e propósito: é uma honra desmedida ser sua aluna.

Por compartilharem as alegrias, preocupações, inseguranças e conquistas dessa jornada, me apoiarem e inspirarem, agradeço aos meus amigos do NUPES, especialmente ao Éric, Bruno e à Victoria (*the second*, rs), que esteve comigo desde o dia 1 e deixou essa caminha indiscutivelmente mais leve.

Agradeço também o meu coorientador e toda a equipe RISE, que estão comigo nessa empreitada: é um privilégio aprender com vocês. Também agradeço ao CNPq por viabilizar esta pesquisa.

Da mesma forma, gostaria de expressar meu reconhecimento e gratidão às minhas bolsistas Ana, Gabi, Ísis e Luísa, que não só compraram a ideia, mas também vestiram a camisa da pesquisa, tornando essa jornada mais leve e possível. Obrigada pelo comprometimento, pelas nossas reuniões regadas a pizza e por entenderem minhas cobranças com bom humor e seriedade.

Por toda sua disponibilidade, carinho, paciência, coração aberto e incentivo, agradeço ao Zanini, meu “tio-calculadora”.

Ao NIVV, um dos meus maiores projetos de vida, para não falar O maior. Minha fonte de inspiração, realização e propósito. Já são 8 anos que, diariamente, acordo e durmo pensando como posso melhorá-lo e tocar cada vez mais corações.

E, por fim, mas não menos importante, aos amigos do coração – do CAVE, da faculdade, do movimento espírita e da COMEERJ, sempre presentes em suas mais variadas formas: “é junto dos ‘bão’ que a gente fica ‘mió’”.

“[...] Muito prazer, ao seu dispor
Se for amor às causas perdidas Por
amor às causas perdidas [...]”

(Dom Quixote, Engenheiros do Hawaii)

RESUMO

Introdução: O suicídio representa um dos principais desafios em saúde pública. Apesar dos avanços nas pesquisas, o papel da religiosidade e espiritualidade (R/E) na prevenção e no risco do comportamento suicida (CS) permanece pouco explorado no contexto brasileiro.

Objetivo: Avaliar se múltiplas dimensões de R/E se associam, de forma independente, a tentativa de suicídio ao longo da vida, ideação e planejamento suicida no último mês em adultos atendidos em regime ambulatorial ou de internação psiquiátrica. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e multicêntrico. Participaram 240 adultos (≥ 18 anos), internados ou em acompanhamento ambulatorial em serviços de psiquiatria de seis cidades brasileiras. As dimensões de R/E foram avaliadas pela DUREL, *coping* religioso pelo CRE-Breve-14 e objeções morais ao suicídio pela subescala do *Reasons for Living*. Os desfechos de CS foram tentativa ao longo da vida, ideação e planejamento suicida no último mês. Os dados foram analisados por estatística descritiva, testes bivariados do tipo qui-quadrado e regressão logística multivariada, ajustando-se para variáveis sociodemográficas. **Resultados:** A amostra foi predominante composta por mulheres (68,2%) e pessoas brancas (50,8%). A maioria declarou possuir religião (73,3%), sendo principalmente católicos (39,1%) e evangélicos/protestantes (33,9%). Prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida foi de 69,2% (N= 240), pensamento suicida no último mês de 64,7% (N= 119) e pensamento sobre meios de suicídio no mesmo período de 57,1% (N= 119). A religiosidade intrínseca esteve associada a uma redução de 16% nas chances de histórico de tentativa ao longo da vida (OR 0,84; IC95% 0,75-0,93; p= 0,001). Objeções morais ao suicídio, em especial “[...] apenas Deus pode tirar uma vida”, relacionaram-se a redução de até 69% na no histórico de tentativa (OR 0,31; IC95% 0,15-0,68; p= 0,003). *Coping* religioso positivo (“[...] ver como Deus poderia me fortalecer”) manteve associação protetora de 54% (OR 0,46; IC95% 0,23-0,95; p= 0,035). *Coping* religioso negativo (“[...] senti-me punido por Deus”) aumentou em cerca de sete vezes a probabilidade de ideação no último mês (OR 6,92; IC95% 1,57-30,45) e de planejamento no último mês (OR 6,55; IC95% 1,41-30,45); sentir-se abandonado pela comunidade religiosa também elevou a ideação no último mês (OR 9,04; IC95% 1,17-69,87). O planejamento suicida no último mês esteve mais associado à objeção moral “Tenho medo de ir para o inferno ou algum lugar espiritual de sofrimento” (OR= 8,20; IC95%

1,81-37,24). Participantes evangélicos/protestantes apresentaram maior probabilidade de planejamento que católicos (OR 6,36; IC95% 1,01-40,13). **Conclusão:** Diversas dimensões de R/E estão associadas à redução do risco de CS, enquanto estratégias de *coping* religioso negativo aumentam a vulnerabilidade. Recomenda-se a incorporação da avaliação da R/E na prática clínica em saúde mental, visando estratégias preventivas mais eficazes.

Palavras-chave: suicídio; religiosidade/espiritualidade; prevenção do suicídio; comportamento suicida; saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is one of the main public health challenges. Despite research advances, the role of religiosity and spirituality (R/S) in the prevention and risk of suicidal behavior (SB) remains scarcely explored in Brazil. **Objective:** To evaluate whether multiple R/S dimensions are independently associated with lifetime suicide attempt, suicidal ideation and suicide planning in the past month among adults receiving outpatient or inpatient psychiatric care. **Methods:** Observational, cross-sectional, multicenter study with 240 adults (≥ 18 years) hospitalized or under outpatient follow-up in psychiatric services of six Brazilian cities. R/S dimensions were assessed with the Duke Religion Index (DUREL); religious coping with the 14-item Religious Coping Scale (CRE-Breve-14); and moral objections to suicide with the corresponding subscale of the Reasons for Living Inventory. SB outcomes were lifetime suicide attempt, and suicidal ideation and planning in the past month. Analyses used descriptive statistics, chi-square tests and multivariable logistic regression adjusted for sociodemographic variables. **Results:** The sample was predominantly female (68.2%) and White (50.8%); 73.3% reported a religion – mainly Catholic (39.1%) and Evangelical/Protestant (33.9%). Prevalence of lifetime suicide attempts was 69.2% (N= 240), past-month suicidal ideation 64.7% (N= 119), and thinking about means of suicide 57.1% (N= 119). Intrinsic religiosity was associated with 16% lower odds of lifetime attempt (OR= 0.84; 95% CI 0.75-0.93; $p = 0.001$). Moral objections to suicide – especially “only God can take a life” – were linked to up to 69% lower odds of attempt (OR = 0.31; 95 % CI 0.15–0.68; $p = 0.003$). Positive religious coping (“seeing how God could strengthen me”) showed a 54% protective association (OR= 0.46; 95% CI 0.23-0.95; $p = 0.035$). Negative religious coping (“I felt punished by God”) increased the odds of past-month ideation about seven-fold (OR = 6.92; 95% CI 1.57-30.45) and of planning (OR= 6.55; 95% CI 1.41-30.45); feeling abandoned by the religious community also raised ideation (OR= 9.04; 95% CI 1.17- 69.87). Past-month planning was most strongly associated with the objection “I am afraid of going to hell or a place of spiritual suffering” (OR= 8.20; 95% CI 1.81-37.24). Evangelical/Protestant participants showed higher odds of planning than Catholics (OR= 6.36; 95% CI 1.01-40.13). **Conclusion:** Several R/S dimensions are linked to reduced SB risk, whereas negative religious-coping strategies increase vulnerability.

Routine assessment of R/S in mental-health practice is recommended to enhance preventive strategies.

Keywords: suicide; religiosity/spirituality; suicide prevention; suicidal behavior; mental health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – As quatro principais causas de morte global entre jovens de 15 a 29 anos	
.....	21
Figura 2 – Taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, em 2021, por sexo e faixa etária	
.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da amostra.....	41
Tabela 2 – Associação bivariada entre variáveis sociodemográficas/clínicas e desfecho de suicídio.....	44
Tabela 3 – Associação bivariada entre variáveis R/E e desfechos de suicido	49
Tabela 4 – Análise multivariada: regressão logística das variáveis de R/E associados aos desfechos de suicídio.....	61
Tabela 5 – Resultados da Regressão Logística entre dimensões de R/E e CS, controlando para variáveis de confusão com Interpretação de Risco	67
Tabela 6 – Principais achados das dimensões religiosas/espirituais (variáveis específicas), por desfecho e discussão fundamentada.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BIS-11	Escala de Impulsividade de Barratt, versão 11
CEP HU-UFJF	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMEERJ	Conselho Espírita do Estado do Rio de Janeiro
CRE	<i>Coping</i> religioso negativo
CRE-Breve-14	Escala de Coping Religioso-Espiritual Breve
CRM	Conselho Federal de Medicina
CS	Comportamento suicida
C-SSRS	<i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i>
CTQ	<i>Critical to Quality</i>
DUREL	<i>Duke University Religion Index</i>
EUA	Estados Unidos da América
FAST	Ferramenta de Triagem de Análise Funcional
GAD-7	Escala de Avaliação do Transtorno de Ansiedade Generalizada de 7 itens
hab.	Habitantes
HU-UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalos de confiança
ISRSs	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
NIVV	Nenhuma Ideia Vale uma Vida
NUPES	Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds ratios</i>
OSSS-3	Escala de Apoio Social de Oslo de 3 itens

PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PPTG	Menor crescimento pós-traumático
R/E	Religiosidade e espiritualidade
R/S	<i>Religiosity and spirituality</i>
RedCap	<i>Research Electronic Data Capture</i>
RFL	<i>Reasons for Living Inventory</i>
RI	Religiosidade intrínseca
RO	Religiosidade organizacional
R-TCC	Terapia cognitivo-comportamental adaptada à religião
SB	<i>Suicidal behavior</i>
	Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da
SIM/MS	Saúde
SWLS	Escala de Satisfação com a Vida
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UFT	Universidade Federal do Tocantins
WPA	<i>World Psychiatric Association</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE.....	15
2.1 PREVALÊNCIA	17
3 SUICÍDIO	19
3.1 HISTÓRICO.....	19
3.2 EPIDEMIOLOGIA.....	20
4 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO.....	23
4.1 FATORES DE RISCO.....	23
4.1.1 Fatores biológicos.....	23
4.1.2 Fatores psicológicos.....	24
4.1.3 Fatores sociais	24
4.2 FATORES DE PROTEÇÃO.....	25
4.2.1 Fatores biológicos.....	25
4.2.2 Fatores psicológicos.....	25
4.2.3 Fatores sociais	26
5 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SUICÍDIO: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	27
5.1 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O PAPEL PROTETOR DA R/E.....	27
5.2 FATORES DE RISCO.....	28
5.3 MECANISMOS DE PROTEÇÃO E RISCO.....	28
6 LACUNA	30
7 OBJETIVOS DO ESTUDO	31
7.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	31
7.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO	31
8 MÉTODO.....	32
8.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
8.2 PARTICIPANTES.....	33
8.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
8.3.1 Coletas piloto e logística	33
8.3.2 Recrutamento, consentimento e conduta ética	35
8.3.3 Execução da coleta	35
8.3.4 Equipe de coleta e treinamento.....	36

8.4 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS.....	36
8.4.1 Preditores	37
8.4.2 Desfechos	39
8.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	39
8.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	40
8.7 ASPECTOS FINANCEIROS.....	40
9 RESULTADOS	41
9.1 ANÁLISE BIVARIADA: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DESFECHOS DE SUICÍDIO	43
8.3 ANÁLISE MULTIVARIADA: REGRESSÃO LOGÍSTICA DAS VARIÁVEIS DE R/E ASSOCIADAS AOS DESFECHOS DE CS.....	59
8.3.1 Histórico de tentativa de suicídio ao longo da vida	59
8.3.2 Pensou em suicídio no último mês	66
8.3.3 Planejamento suicida no último mês	67
10 DISCUSSÃO	71
10.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	71
10.2 DESFECHOS	73
10.2.1 Histórico de tentativa de suicídio	73
10.2.2 Pensar em suicídio no último mês	76
10.2.3 Planejamento suicida no último mês	79
10.2.4 Integração entre desfechos	81
10.3 IMPLICAÇÕES	87
11 CONCLUSÃO.....	90
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A – Artigo.....	99
APÊNDICE B – Produções técnicas e científicas realizadas durante o mestrado	111
ANEXO A – Variáveis de R/E (preditores).....	124

1 INTRODUÇÃO

O suicídio constitui um dos mais graves e persistentes desafios em saúde pública. É uma das principais causas de morte no mundo, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021). Entretanto, apesar de sua complexidade, o suicídio é, em grande parte, passível de prevenção, o que evidencia a necessidade de estratégias eficazes e baseadas em evidências, tanto no âmbito clínico quanto na promoção de políticas públicas (Turecki; Brent, 2016).

Dada a complexidade, diversas pesquisas vêm buscando compreender melhor o comportamento suicida (CS), contribuindo com avanços significativos na identificação de fatores de risco e proteção. Amplamente reconhecido como fenômeno multifatorial, o CS é influenciado por dimensões bio-psico-socio- espirituais, que interagem de maneira dinâmica e complexa ao longo da vida. Assim, cada indivíduo carrega aspectos dessas quatro dimensões que podem funcionar como fatores patogênicos ou salutogênicos (Almeida; Oliveira; Moreira-Almeida, 2022). A inclusão da dimensão espiritual no modelo bio-psico-social tradicional deve-se ao crescente reconhecimento científico da religiosidade/espiritualidade (R/E) como um fator relevante para a saúde e qualidade de vida (Moreira-Almeida; Bhugra, 2021).

Nesse contexto, estudos apontam que o risco de suicídio tende a se elevar à medida que fatores de risco se acumulam. Em contraste, os fatores de proteção o diminuem. Entre os principais fatores de risco, destacam-se a desesperança, vivências adversas e traumáticas, luto, dificuldades financeiras e desemprego na meia-idade, solidão, problemas legais ou envolvimento com o sistema de justiça, histórico pessoal e familiar de CS, condições médicas e psiquiátricas crônicas, uso de álcool e outras substâncias, situação de rua ou acolhimento institucional, pertencer a minorias de gênero ou orientação sexual, violência conjugal e o acesso inadequado a cuidados em saúde mental (Harris *et al.*, 2020; Turecki; Brent, 2016; Zhong *et al.*, 2021; Na *et al.*, 2025).

Por outro lado, fatores protetores, como a prática regular de atividade física, gravidez, objeções morais ao suicídio, acesso a serviços de saúde mental, suporte social, presença de crianças em casa e o envolvimento com práticas religiosas ou espirituais têm sido destacados nas evidências como elementos que reduzem o risco de suicídio, apesar destes fatores ainda receberem pouca atenção na literatura e na

prática clínica (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024; Lawrence; Oquendo; Stanley, 2016). De modo consistente, evidências robustas indicam que níveis mais elevados de R/E estão associados a menores índices de depressão, uso/abuso de substâncias, além de melhor suporte social e qualidade de vida (Moreira-Almeida; Bhugra, 2021). Além disso, participação em atividades religiosas, religiosidade intrínseca e apoio da comunidade religiosa têm se mostrado relevantes na prevenção do CS (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024).

Embora as associações entre maiores níveis de R/E e melhores indicadores de saúde mental – incluindo menor risco de CS – estejam bem documentadas, a maior parte dessas evidências provém de amostras populacionais gerais e contempla apenas dimensões limitadas de R/E. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo aprofundar essa investigação, focando em uma amostra clínica psiquiátrica, na qual a prevalência de CS é notoriamente mais elevada. Além disso, foram incorporadas múltiplas dimensões de R/E, incluindo religiosidade privada e intrínseca, estratégias de *coping* religioso positivo e negativo, e objeções morais ao suicídio. O estudo também se propôs a examinar simultaneamente três formas de CS – tentativa ao longo da vida, ideação e planejamento no último mês – o que possibilita comparar a força e a direção dessas associações em diferentes estágios do fenômeno. Ressalta-se que, no âmbito do projeto multicêntrico ao qual esta pesquisa está vinculada, etapas futuras contemplarão a análise dos mecanismos subjacentes a essas associações.

2 RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Não é raro ocorrer divergências e debates entre os conceitos de religiosidade e espiritualidade. Embora haja controvérsias, é necessário ter clareza quanto ao significado dos termos empregados para que uma comunicação clara possa ser estabelecida.

Sendo assim, no presente estudo, espiritualidade será compreendida como a relação ou contato com uma dimensão transcendente da realidade, considerada sagrada, a verdade ou realidade últimas. Já a religião, o aspecto institucional ou comunitário da espiritualidade, um conjunto compartilhado de crenças, experiências e práticas que estão relacionadas com o transcendente e ao sagrado (Moreira- Almeida; Bhugra, 2021).

Em outras palavras, a espiritualidade como algo mais abrangente e pessoal, enquanto a Religião, mais institucional e comunitária. Destaca-se que o fator transcendente é o caráter distintivo da R/E, o que a distingue de outros aspectos da vida humana (Moreira-Almeida; Bhugra, 2021)

As crenças e atividades religiosas também podem ser compreendidas e agrupadas em dimensões que estarão associadas a desfechos de saúde mental, entre as quais se destacam:

- a) religiosidade organizacional (RO): é uma medida social da religião. Envolve práticas religiosas realizadas em contextos sociais, como a frequência em templos religiosos para participar de atividades como missas, cultos, encontros religiosos etc. (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024);
- b) religiosidade privada (ou não organizacional): são atividades religiosas realizadas em âmbito privado, como oração ou meditação, leitura de escrituras sagradas, ouvir músicas religiosas etc. (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024);
- c) religiosidade intrínseca (RI): diz respeito ao grau de envolvimento religioso em que o indivíduo se encontra, reflete a importância ou centralidade da religião em sua vida. Em outras palavras: a religiosidade intrínseca é a busca da religião como um fim em si mesma (Allport; Ross, 1967; Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024).
- d) religiosidade extrínseca: por sua vez, é a utilização da religião como um meio para se obter outros fins ou interesses. É o não interesse da religião como um

fim em si mesma, mas para alcançar uma meta não religiosa: reconhecimento social, ganhos financeiros etc.) (Allport; Ross, 1967; Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024);

- e) *coping* religioso positivo: refere-se ao uso de estratégias religiosas orientadas para o enfrentamento de situações adversas, como buscar apoio espiritual, colaboração com Deus, perdão, conexão espiritual e auxílio de membros ou líderes religiosos. Essas estratégias expressam uma visão benevolente do mundo e um senso de significado, promovendo maior resiliência e bem-estar em contextos de sofrimento (Pargament; Feuille; Burdzy, 2011; Pargament *et al.*, 1998);
- f) *coping* religioso negativo: diz respeito à adoção de estratégias religiosas marcadas por conflitos, tensões ou dúvidas na relação com o sagrado, como descontentamento espiritual e interpretação punitiva de Deus. Refletem uma experiência religiosa menos segura, maior luta espiritual e uma visão de mundo mais ameaçadora, estando frequentemente associados a maior sofrimento psicológico e desfechos negativos em saúde mental (Pargament; Feuille; Burdzy, 2011; Pargament *et al.*, 1998)

De forma concomitante, uma vasta produção científica buscou avaliar como diferentes manifestações da R/E se relacionam com a saúde física e mental. Meta- análises e revisões sistemáticas apontam que, até 2021, milhares de estudos examinaram o impacto da R/E em múltiplos desfechos. A maior parte desses estudos reporta associações positivas, especialmente para indicadores de saúde mental, como menor prevalência de depressão, uso/abuso de substâncias, maior satisfação com a vida e menor risco de suicídio (Almeida; Oliveira; Moreita-Almeida, 2022; Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024; Moreira-Almeida; Bhugra, 2021).

No âmbito da saúde física, os achados sugerem efeitos positivos, especialmente em relação à mortalidade e recuperação de doenças crônicas, ainda que a magnitude dessas associações seja, em geral, menor do que a observada nos desfechos de saúde mental (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024). É importante ressaltar que a força desses efeitos varia conforme o contexto cultural, a dimensão específica da R/E e as características das amostras investigadas, sendo mais evidentes para variáveis psicológicas e sociais do que para condições estritamente orgânicas.

Por outro lado, alguns estudos identificam possíveis efeitos negativos relacionados à R/E, sobretudo em contextos de conflito religioso, sentimento de culpa exacerbada, intolerância ou uso predominante de estratégias de *coping* religioso negativo, que podem estar associados a piores desfechos de saúde mental (Weber; Pargament, 2014). Assim, os efeitos da R/E sobre a saúde não são universais, sendo modulados por fatores individuais, culturais e pela natureza da vivência religiosa/espiritual.

2.1 PREVALÊNCIA

Dados recentes sobre a situação religiosa da população mundial (Pew Research Center, 2025), apontam que 75,8% dos indivíduos se identificam com alguma religião, sendo, em sua maioria, cristãos (28,8%), muçulmanos (25,6%) e hindus (15,1%). É importante ressaltar que a ausência de filiação religiosa formal (24,2%) não implica necessariamente a ausência de crenças religiosas ou espirituais, mas que simplesmente esses indivíduos não se identificam ou estão associados a uma religião específica. No Brasil, por exemplo, nove em cada dez brasileiros declarados como “sem religião” afirmam acreditar em Deus (DataFolha, 2022).

Estudo internacional complementar, como o levantamento da *Gallup International Association* (2023), entrevistou mais de 57 mil pessoas em 61 países, indicou que 62% dos respondentes se consideravam religiosos, ao passo que apenas 24% se declaram sem religião. Somente em dois países (Vietnã e Tailândia) a maioria se identificou como não religiosa. Especificamente quanto à crença na vida após a morte, dados apontam que 57% afirmam acreditar, enquanto apenas 20% relatam incerteza (Gallup International Association, 2023).

No Brasil, o Censo recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2025) apontou que 90,7% da população brasileira com 10 anos ou mais afirma possuir uma filiação religiosa. Entre os quais, 56,75% se identificam como católicos e 26,85% como protestantes/evangélicos. Outro levantamento nacional com amostra representativa da população (n= 3.007), encontrou que 83% dos adultos e 73% dos adolescentes consideravam a religião como muito importante e 37% dos indivíduos frequentavam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana (Moreira-Almeida *et al.*, 2010).

Dessa forma, a prevalência da R/E, tanto no contexto global quanto nacional, evidencia o papel central que essas dimensões têm e o papel que desempenha na formação de crenças, valores, práticas cotidianas e, sobretudo, nas estratégias de enfrentamento diante do sofrimento e de situações de crise, inclusive o CS. Diante desse cenário, torna-se fundamental analisar como dimensões da R/E dialogam, na prática, com a saúde mental, especialmente o suicídio.

3 SUICÍDIO

3.1 HISTÓRICO

Ao longo da história, diferentes tradições religiosas atribuíram significados específicos ao suicídio, em geral pautados na sacralidade da vida. Cristianismo, islamismo, judaísmo e hinduísmo, por exemplo, tradicionalmente condenam o suicídio, ainda que com variações quanto à ênfase e fundamentação. No budismo, embora a abordagem sobre a existência de Deus seja distinta, o suicídio também não é aprovado (Koenig; King; Carson, 2012).

Entretanto, a condenação ao suicídio não se limita ao campo religioso. Já na antiguidade greco-romana, a literatura e o pensamento filosófico refletiam desaprovação, como se observa na Eneida de Virgílio, ao retratar o sofrimento *post- mortem* das vítimas do suicídio no submundo (Virgílio, 2016).

No campo acadêmico, a relação entre suicídio e religião passou a receber maior atenção a partir do clássico estudo de Émile Durkheim. Ao investigar as taxas de suicídio em diferentes contextos religiosos europeus, Durkheim identificou índices mais elevados entre protestantes em comparação aos católicos, atribuindo esse resultado ao maior grau de coesão social presente nas comunidades católicas (Meleiro, 2004).

Ainda que a R/E se apresente como uma experiência majoritária na população, mais recentemente, a relação entre ciência e R/E foi marcada por tensão, principalmente entre o final do século XIX e parte do século XX. Este fato, apesar de vir decrescendo, ainda influencia práticas clínicas e políticas públicas atuais. Essa resistência, comum nas áreas da psiquiatria e psicologia, reflete, em grande parte, os contextos socioculturais e filosóficos da época, e foram notadamente reforçadas por pensadores como Freud, Charcot e Karl Marx, mais do que por evidências científicas robustas (Almeida; Oliveira; Moreita-Almeida, 2022; Koenig, 2018; Pargament; Feuille; Burdzy, 2011).

Entretanto, o avanço das investigações empíricas e controladas sobre R/E e saúde mental contribuiu para uma revalorização do tema no campo científico, especialmente a partir da década de 1990. Neste período, houve um aumento expressivo no número de publicações, incluindo produções de revisões sistemáticas

e meta-análises, e de grupos de pesquisa dedicados ao estudo da R/E em diferentes áreas da saúde.

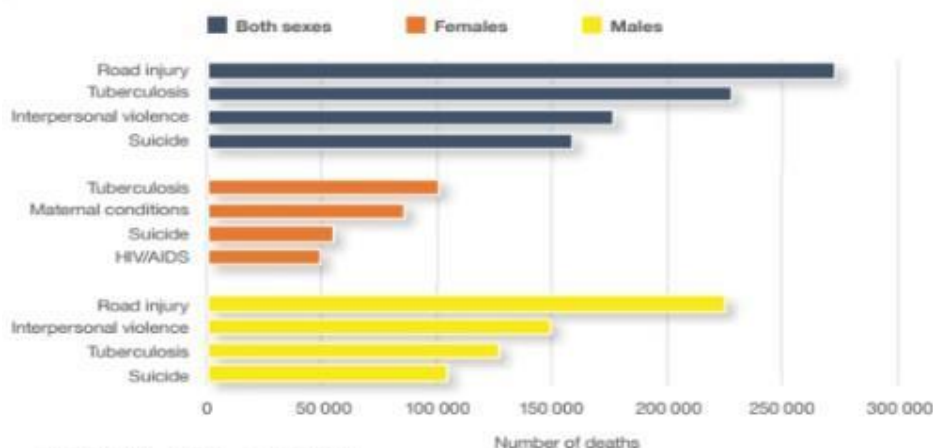
Além disso, organizações internacionais de referência, como a OMS e a Associação Mundial de Psiquiatria (WPA), vieram a reconhecer a importância de considerar aspectos R/E na avaliação e no cuidado em saúde. No Brasil, esse movimento foi endossado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que publicou diretrizes baseadas em evidências para integrar a espiritualidade à prática clínica, e pelo Conselho Federal de Medicina (CRM) que recentemente estabeleceu a Comissão de Saúde e Espiritualidade. Em conjunto, esses documentos recomendam que os profissionais de saúde incluam a avaliação da dimensão espiritual de seus pacientes como parte integrante da abordagem clínica (Koenig, 2018; Moreira-Almeida *et al.*, 2018; CFM, 2025; Mosqueiro *et al.*, 2023)

3.2 EPIDEMIOLOGIA

O suicídio é um fenômeno que atinge pessoas de todas as classes sociais, econômicas e culturais. De acordo com estimativas recentes da OMS, mais de 700 mil pessoas ao redor do mundo morrem por suicídio a cada ano, sendo considerado a quarta maior causa de morte entre pessoas de 15-29 anos e a terceira entre mulheres nessa mesma faixa etária. Mais de 70% das mortes acontecem em países de baixa e média renda (OMS, 2021).

Análises revelam que a mortalidade por suicídio não é uniforme. Entre 2000 e 2019, o total global de óbitos por suicídio diminuiu de quase 800.000 para pouco mais de 700.000, correspondendo a redução de 13,0 para 9,2 por 100.000 habitantes. Enquanto as regiões da Europa e do Pacífico Ocidental registraram quedas expressivas nesse período, a região das Américas apresentou movimento oposto: crescimento de 28% nas taxas, com aumentos de 26% entre homens e 38% entre mulheres (WHO, 2022). Essa divergência regional ressalta a necessidade de estratégias de prevenção sensíveis ao contexto de cada região.

Figura 1 – As quatro principais causas de morte global entre jovens de 15 a 29 anos



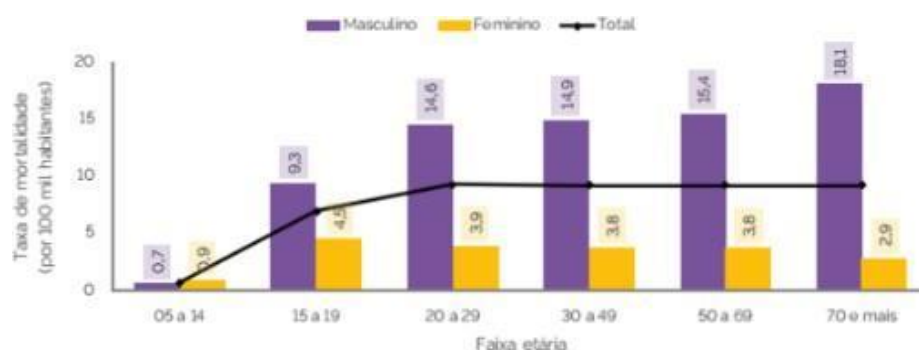
Fonte: WHO, 2022.

Quanto aos métodos mais utilizados, há o predomínio do enforcamento, uso de arma de fogo, intoxicação por medicamentos ou pesticidas. Estima-se que 20% dos casos de suicídio ocorreram por meio de autoenvenenamento por pesticidas, principalmente nas zonas rurais (OMS, 2021).

No contexto brasileiro, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) indicam que, embora o Brasil não apresente taxas de suicídio entre as mais elevadas do mundo, a mortalidade por essa causa permanece preocupante, especialmente diante do crescimento observado na última década. O suicídio representa atualmente a segunda principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos, a quarta entre jovens adultos de 20 a 29 anos e ocupa a nona posição entre adultos de 30 a 49 anos. Quanto aos métodos mais notificados, observa-se a predominância da intoxicação exógena (67,1%), seguida pela utilização de objetos cortantes (17,9%) e pelo enforcamento (6,6%) (SIM/MS 2024).

Ainda segundo o SIM/MS (2024) a distribuição por sexo e faixa etária possui um padrão característico: as taxas de suicídio entre homens aumentam progressivamente com a idade, atingindo o pico em idosos acima de 70 anos (18,1 óbitos por 100.000 habitantes), enquanto entre as mulheres o risco é maior na adolescência (faixa de 15 a 19 anos, 4,5 óbitos por 100.000 habitantes), estabilizando-se e diminuindo ao longo do envelhecimento. No total de mortes por suicídio no Brasil, 77,8% ocorrem entre homens.

Figura 2 – Taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, em 2021, por sexo e faixa etária



Fonte: SIM/MS, 2024.

As diferenças regionais também merecem destaque. A Região Sul apresenta os maiores índices de mortalidade por suicídio no país (11,22/100.000 hab.), com destaque para o estado do Rio Grande do Sul (12,37/100.000 hab.), seguido de Piauí, Mato Grosso do Sul, Roraima, Santa Catarina e Tocantins (SIM/MS, 2024). Do ponto de vista do perfil sociodemográfico brasileiro, os grupos com maior número de notificações de violências autoprovocadas incluem: 45,4% pessoas negras, 44,1% brancas; prevalência de escolaridade entre anos finais do ensino fundamental e ensino médio (48,2%); 49,5% solteiros; 4% registrados como homossexuais ou bissexuais. Destaca-se ainda a presença de diagnóstico de transtornos mentais/comportamentais em 91,5% dos casos notificados (SIM/MS, 2024).

Não obstante os elevados índices de suicídio na população, evidências apontam que os óbitos por suicídio tendem a ser subestimados devido à subnotificação, dificuldades na classificação da causa da morte e estigma. Além disso, a dimensão do problema torna-se ainda mais evidente quando se consideram os episódios não letais. Estima-se que, para cada morte por suicídio, ocorram pelo menos 20 tentativas. Em menores de 25 anos, essa proporção pode chegar a 100 tentativas para cada óbito consumado (OMS, 2017, 2025). O impacto da morte por suicídio também se estende a círculos familiares, sociais e comunitários. Segundo estimativas da OMS, cada suicídio afeta intensamente entre seis e dez pessoas próximas, provocando consequências sociais, econômicas e psicológicas (OMS, 2008).

4 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

A redução da mortalidade por suicídio foi estabelecida como uma prioridade global pela OMS e incorporada como um indicador nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas (OMS, 2025). Frente à magnitude e complexidade do fenômeno, destacou-se a importância de estratégias integradas e baseadas em evidências, que possam responder à diversidade de fatores que impactam o CS.

Neste sentido, a OMS (2021), a partir da iniciativa *Live Life*, recomenda as seguintes práticas baseadas em evidências:

- a) restringir o acesso aos meios de suicídio (como pesticidas, armas de fogo e certos medicamentos);
- b) promover a cobertura responsável do suicídio na mídia;
- c) desenvolver habilidades socioemocionais em adolescentes;
- d) identificar precocemente, avaliar, manejar e acompanhar indivíduos afetados por comportamentos suicidas.

Portanto, para que a prevenção possa realmente ser eficaz, é fundamental reconhecer mais a fundo os fatores que predispõe ou protegem os indivíduos frente ao CS.

4.1 FATORES DE RISCO

4.1.1 Fatores biológicos

Os fatores biológicos de risco de suicídio abrangem condições médicas e genéticas. Evidências apontam que fatores genéticos podem influenciar o risco de suicídio independentemente da presença de transtornos psiquiátricos. Estudos com famílias e gêmeos sugerem que fatores genéticos podem estar relacionados em até 50% da variabilidade do risco de suicídio (Brent; Mann, 2005; Erlangsen *et al.*, 2020). Entre os fatores médicos, doenças crônicas, invalidez e dor crônica aumentam o risco de suicídio tanto em adolescentes quanto em idosos (Fässberg *et al.*, 2016; Ferro *et al.*, 2017).

O sofrimento causado por dor crônica está frequentemente associado a sentimentos de catastrofização, desesperança, percepção da dor como um fardo e sensação de falta de pertencimento (Racine, 2018).

4.1.2 Fatores psicológicos

É sabido que transtornos mentais estão presentes em mais de 90% dos indivíduos que morrem por suicídio, sendo os transtornos de humor os mais prevalentes nesse grupo (Hawton; Saunders; O'Connor, 2013). Estudos prospectivos apontam que sintomas depressivos persistentes e do histórico familiar de transtorno de humor estão associados ao aumento de risco.

Por exemplo, em uma coorte de 12 anos com 663 indivíduos com filhos de pais com transtornos de humor nos Estados Unidos (EUA), verificou-se que a manutenção de níveis elevados de sintomas depressivos ao longo do tempo foi o fator mais fortemente associado ao CS (OR= 4,72; IC 95%= 1,47-15,21), mesmo após ajuste para desesperança, impulsividade, agressão e irritabilidade (Melhem *et al.*, 2019). Outros preditores significativos incluíram histórico de transtorno depressivo unipolar, transtorno bipolar, abuso infantil, tentativa de suicídio parental e ser jovem.

4.1.3 Fatores sociais

Variáveis sociais são compreendidas como importantes fatores para a compreensão do risco de suicídio. Pesquisas recentes reforçam o impacto do ambiente social, das relações familiares e do suporte social como fatores robustos correlacionados com tentativas de suicídio (Compton *et al.*, 2005).

De forma análoga, uma revisão recente que analisou 46 meta-análises sobre determinantes sociais da saúde em relação ao CS, identificou que, para morte por suicídio, os principais fatores de risco incluíram o envolvimento no sistema de justiça criminal enquanto em liberdade, exposição ao suicídio de terceiros e de pais, acesso a armas de fogo, divórcio, experiência no sistema de acolhimento e desemprego na meia-idade (35-65 anos). Para tentativa de suicídio, os fatores de risco mais robustos foram: histórico de abuso e maus-tratos na infância; agressão sexual;

pertencimento a minorias de gênero e orientação sexual; e morte por suicídio parental (Na *et al.*, 2025).

4.2 FATORES DE PROTEÇÃO

4.2.1 Fatores biológicos

Atualmente, no campo biológico, os principais fatores de proteção reconhecidos referem-se à eficácia de intervenções farmacológicas na redução do risco de suicídio, em especial para pessoas com transtornos psiquiátricos diagnosticados. Uma revisão sintetizou 23 revisões sistemáticas, 12 meta-análises, 40 ensaios clínicos randomizados, 67 estudos de coorte e 22 estudos populacionais encontrou resultados robustos indicando que o uso de medicamentos como lítio (para depressão bipolar e unipolar), clozapina e antipsicóticos atípicos (para esquizofrenia), além dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs, para depressão maior), está associado a menor risco de suicídio em diferentes contextos clínicos (Zalsman *et al.*, 2016).

4.2.2 Fatores psicológicos

Dentre os fatores psicológicos de proteção, destacam-se características individuais como resiliência, habilidades de resolução de problemas, regulação emocional e acesso a suporte psicoterápico qualificado. Uma revisão sistemática (Crawford *et al.*, 2007) analisou 18 ensaios clínicos randomizados envolvendo intervenções realizadas após episódios de autolesão, incluindo aconselhamento ambulatorial focado em resolução de problemas, terapia comportamental dialética, acesso telefônico 24 horas a um médico, treinamento em habilidades de resolução de conflitos interpessoais, visitas domiciliares por enfermeiros comunitários para promover adesão ao tratamento, internação hospitalar voltada à escuta e acolhimento, programas intensivos de curta duração para melhorar o funcionamento familiar, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia interpessoal psicodinâmica, terapia em grupo, intervenções telefônicas e gerenciamento de casos conduzido por enfermeiros. Embora o número total de suicídios consumados entre os participantes

tenha sido pequeno, resultados mais expressivos foram observados em intervenções de TCC ambulatorial e cuidados ambulatoriais intensivos após a alta.

Resultados semelhantes foram encontrados em uma revisão sistemática (Mann *et al.*, 2005) que, ao ampliar os critérios de desfecho incluindo tentativas e ideação suicida, destacou a eficácia das abordagens baseadas em TCC na redução desses comportamentos. Ressalta-se que, nessas revisões, não foram analisados ensaios clínicos envolvendo intervenções explicitamente baseadas em conteúdo religioso ou espiritual.

4.2.3 Fatores sociais

Fatores sociais exercem importante influência na proteção contra o CS. Uma revisão com 46 meta-análises evidenciou que aspectos sociais como afiliação religiosa, casamento e sensação de conexão escolar apresentaram efeito protetor consistente contra morte, tentativa e ideação suicida (Na *et al.*, 2025). O suporte social oferecido por familiares, amigos, comunidades e instituições tem papel comprovado na redução do risco, funcionando como um amortecedor diante de situações de crise ou sofrimento emocional (Kleiman; Liu, 2013).

Pesquisas apontam que o suporte social pode atenuar a relação entre eventos de vida adversos e ideação suicida, além de favorecer o desenvolvimento de estratégias adaptativas para lidar com adversidades (Cramer; Kapusta, 2017; Kleiman; Liu, 2013). Em diferentes faixas etárias, intervenções sociais, como promoção de redes de apoio, atividades grupais e acolhimento institucional, demonstram benefícios, especialmente na redução do isolamento social, que frequentemente antecede comportamentos suicidas (Amitai; Apter, 2012; Conwell, 2014).

Estudos qualitativos e quantitativos indicam que o impacto emocional sobre familiares, cônjuges, filhos e entes queridos é um dos motivos mais frequentemente relatados por pessoas em sofrimento para não atentarem contra a própria vida. Esse achado ilustra a força dos laços afetivos e comunitários como importantes barreiras à consumação do suicídio (Meleiro, 2024; OMS, 2014).

5 RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E SUICÍDIO: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

A relação entre R/E e suicídio tem sido amplamente investigada nas últimas décadas. Diferentes linhas de pesquisa, tanto nacionais quanto internacionais, apontam que a R/E tende a funcionar como um importante fator protetivo diante do comportamento suicida, ainda que, em circunstâncias específicas, possa estar associada a piores desfechos. Nesta seção, são discutidas as principais evidências científicas, mecanismos explicativos e reflexões desta relação.

5.1 EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O PAPEL PROTETOR DA R/E

Como previamente demonstrado, o impacto da R/E como fator protetivo ao suicídio é um dos achados mais consistentes da literatura. Revisões sistemáticas e meta-análises robustas reforçam que maiores níveis de envolvimento religioso ou espiritual estão frequentemente associados a menores taxas de ideação, tentativa e morte por suicídio.

Nas primeiras duas edições do *Handbook of Religion and Health* (Koenig; King; Carson, 2012), 141 estudos quantitativos sobre R/E e suicídio foram analisados. 75% evidenciaram que níveis mais elevados de R/E se associaram ao menor risco de ideação suicida, tentativa ou suicídio consumado. De forma análoga, uma meta-análise (Wu; Wang; Jia, 2015) indicou que a R/E esteve associada a uma redução de 62% no risco de morte por suicídio. Uma revisão sistemática (Lawrence; Oquendo; Stanley, 2016), investigou 89 artigos, encontrou que a filiação ou frequência a serviços religiosos apresentou efeito protetor mais robusto sobre tentativas do que sobre ideação suicida, sugerindo que o envolvimento religioso pode ser particularmente relevante na transição da ideação para a tentativa de suicídio.

Estudos longitudinais também reforçam esse efeito. O maior estudo já realizado sobre o tema acompanhou cerca de 90.000 mulheres nos EUA ao longo de 14 anos e encontrou que: aquelas que frequentavam instituições religiosas ao menos uma vez por semana apresentaram risco seis vezes menor de morte por suicídio em comparação com aquelas que nunca frequentavam, mesmo após ajuste para múltiplas variáveis sociodemográficas e clínicas (VanderWeele *et al.*, 2016).

No Brasil, as evidências seguem esse mesmo padrão. Um estudo de caso- controle realizado por Caribé *et al.* (2012) com pacientes que tentaram suicídio por uso de substâncias encontrou que a frequência a atividades religiosas esteve associada a uma redução de 37% nas tentativas, práticas religiosas privadas, como leituras e orações, a uma redução de 44% e a religiosidade intrínseca a uma redução de 41%.

De maneira geral, esses achados são consistentes com a literatura mais ampla sobre R/E e saúde mental, que aponta associações positivas entre envolvimento religioso e menores níveis de depressão, menor uso de substâncias e melhores indicadores de suporte social (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024; Moreira-Almeida; Bhugra, 2021).

5.2 FATORES DE RISCO

Apesar do papel protetivo geralmente observado, alguns estudos indicam que o *coping* religioso negativo pode atuar como fator de risco para suicídio. Por exemplo, uma coorte que seguiu 437 idosos antes e durante a pandemia de COVID- 19, encontrou que o *coping* religioso negativo (ex.: dúvidas sobre o amor de Deus e sensação de abandono espiritual) previu aumento do desejo de suicídio, especialmente em indivíduos que experimentavam maior isolamento social e sensação de ser um peso para os outros (Pulgar *et al.*, 2022). Resultados semelhantes foram encontrados em estudo com veteranos norte-americanos, onde o *coping* religioso negativo foi significativamente associado ao aumento do risco de suicídio, mesmo após o controle para sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas (Kopacz *et al.*, 2017).

5.3 MECANISMOS DE PROTEÇÃO E RISCO

Diversos mecanismos têm sido sugeridos para explicar como a R/E exerce esse papel protetivo ou de risco. Entre os principais estão:

- a) suporte social: o envolvimento em comunidades religiosas pode favorecer a integração social, aumentar o senso de pertencimento e fornecer apoio emocional em situações de crise, todos fatores reconhecidos como protetores contra o comportamento suicida (Darvishi *et al.*, 2024);

- b) sentido de vida e esperança: a R/E pode proporcionar um sentido existencial, oferecer respostas para o sofrimento e fortalecer a esperança de que mudanças são possíveis, promovendo resiliência diante de adversidades (Aggarwal *et al.*, 2023);
- c) objeções morais ao suicídio: configuram barreiras internas baseadas em princípios éticos ou religiosos que classificam o ato de tirar a própria vida como moralmente errado. Presentes em diversas tradições religiosas, tais valores funcionam como freios cognitivos que dificultam a passagem da ideação à tentativa. Evidências clínicas mostram que essas crenças internalizadas exercem efeito protetor robusto, sobretudo no momento crítico de transição da ideação para a execução (Grunebaum *et al.*, 2006; Gearing; Alonzo, 2018; Van den Brink; Schaap; Braam, 2018);
- d) redução de comportamentos de risco, como o uso de substâncias: maiores níveis de religiosidade se associam a menor uso de álcool e drogas, fatores sabidamente relacionados ao aumento do risco de suicídio (Chitwood; Weiss; Leukefeld, 2008);
- e) práticas de *coping* religioso/espiritual: estratégias de enfrentamento que envolvem oração, meditação, busca de sentido, entrega, confiança podem reduzir o sofrimento psíquico, promovendo adaptação positiva diante da dor, inclusive no luto por suicídio (Graça; Brandão, 2024).

Por outro lado, quando essas práticas são permeadas por sentimentos de punição, abandono ou dúvida em relação ao divino (*coping* religioso negativo), podem, ao contrário, aumentar a vulnerabilidade para o sofrimento psíquico e o risco de suicídio. Convém destacar que esses mecanismos não são universais. Em alguns contextos, a vivência religiosa pode ser marcada por conflitos, discriminação ou culpa ou mesmo dificultar a busca por ajuda profissional, o que pode representar barreiras ou mesmo agravar o sofrimento (Pulgar *et al.*, 2022; Weber; Pargament, 2014).

6 LACUNA

Apesar da crescente em pesquisas sobre R/E e CS nas últimas décadas, lacunas importantes persistem: a maior parte dos estudos concentra-se em populações norte-americanas ou europeias, avalia poucas dimensões de R/E e geralmente utiliza amostras populacionais gerais. No Brasil, são raras investigações que avaliem simultaneamente múltiplas dimensões da R/E (organizacional, privada, intrínseca, *coping* positivo e negativo, objeções morais e crença em vida após a morte) em pacientes de serviços de saúde mental, sobretudo em desenhos multicêntricos. O presente estudo examina uma população clínica psiquiátrica, na qual a prevalência de CS é substancialmente maior do que na população geral, amplia o leque de variáveis de R/E e analisa três desfechos de CS no mesmo desenho – tentativa ao longo da vida, ideação e planejamento suicida no último mês.

7 OBJETIVOS DO ESTUDO

7.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar as associações entre diferentes dimensões da religiosidade/espiritualidade e os desfechos do comportamento suicida em pacientes psiquiátricos ambulatoriais e internados.

7.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

Investigar o impacto de variáveis sociodemográficas sobre o CS e na relação entre R/E e comportamento suicida, ajustando os modelos para potenciais fatores de confusão.

8 MÉTODO

8.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo observacional, transversal e multicêntrico, realizado em instituições de saúde mental de diferentes regiões do Brasil. As coletas foram conduzidas pelos seguintes centros de pesquisa:

- a) Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Hospital Espírita de Porto Alegre (HEPA);
- b) Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário da UFJF, abrangendo pacientes em interconsulta e ambulatório, bem como no Hospital Vila Verde Saúde Mental
- c) Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) vinculado à universidade.
- d) Universidade Católica de Pelotas (UCPel) – Ambulatórios de saúde mental vinculados à universidade.
- e) Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Hospital Universitário da UFS quanto no CAPS
- f) Universidade Federal do Tocantins (UFT) – Os participantes foram recrutados no Hospital Universitário da instituição.
- g) Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Ambulatórios vinculados à universidade.

O centro coordenador (UFRGS) foi o responsável pela condução geral e padronização metodológica da pesquisa. O recrutamento geral ocorreu entre 27 de setembro de 2024 (data da primeira entrevista registrada no centro coordenador) e 25 de abril de 2025 (data da última entrevista registrada no centro UFT). O centro de Juiz de Fora foi o segundo a começar a coletar, iniciando no dia 30 de setembro de 2024. Vale ressaltar que a pesquisa permanece em andamento, com perspectiva de ampliação futura da amostra conforme liberações éticas e logísticas dos demais centros previstos no projeto original e o seguimento da amostra.

8.2 PARTICIPANTES

Foram incluídos pacientes adultos (idade igual ou superior a 18 anos) em atendimento psiquiátrico, ambulatorial ou de internação em hospitais (tanto na rede pública quanto na privada). Foram excluídos os pacientes que não apresentaram condições cognitivas ou clínicas para responder autonomamente às perguntas da pesquisa. A amostra final analisada nesta etapa foi composta por 240 participantes, recrutados pelos centros participantes.

8.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

8.3.1 Coletas piloto e logística

Antes do início da coleta, o centro principal realizou testes piloto para adequação dos procedimentos, treinamento da equipe e identificação da necessidade de eventuais ajustes. Após esse momento, a direção do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário da UFJF (HU-UFJF) e do Hospital Vila Verde Saúde Mental foi formalmente contatada pela pesquisadora responsável, que obteve consentimento institucional para a realização da pesquisa e alinhou detalhes práticos da coleta.

No polo de Juiz de Fora, a pesquisadora responsável assumiu a função de coordenadora de campo. Ficaram sob sua responsabilidade:

- a) a tramitação ética na Plataforma Brasil e no Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFJF (CEP HU-UFJF), incluindo a reunião e o envio de toda a documentação exigida;
- b) a definição do cronograma semanal de entrevistas e a distribuição das entrevistadoras entre os serviços;
- c) a aplicação dos instrumentos, realizada em conjunto com as demais coletadoras;
- d) a supervisão contínua da equipe, por meio de encontros virtuais semanais e reunião presencial mensal para alinhamento de tarefas;

- e) a viagem a Porto Alegre para participação em treinamento presencial e reunião de alinhamento conduzidos pelo centro principal, juntamente com representantes dos demais polos; e
- f) a participação nas reuniões online com os demais coordenadores de campo e com o centro principal.

No centro de pesquisa de Juiz de Fora, a coleta foi adaptada de acordo com a realidade dos serviços:

- a) no Hospital Vila Verde Saúde Mental (Juiz de Fora, Minas Gerais): a coleta de dados foi realizada durante a internação dos pacientes. Os entrevistadores abordavam os participantes no próprio local de internação, respeitando o momento mais adequado segundo avaliação clínica e disponibilidade do paciente. O hospital dispõe de 177 leitos e mantém Pronto-Atendimento Psiquiátrico 24h, recebendo casos agudos provenientes de toda a Zona da Mata mineira. O perfil assistencial abrange desde transtornos de ansiedade e depressão até quadros de maior complexidade, como esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno do espectro autista e dependências químicas e comportamentais;
- b) no Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário (HU-UFJF): os participantes ambulatoriais provinham dos ambulatórios especializados do serviço. Semanalmente, a equipe de pesquisa consultava os prontuários eletrônicos e as agendas do setor para identificar pacientes com consulta psiquiátrica próxima. A abordagem ocorreu tanto presencialmente ou por contato telefônico. Aos interessados, era proposto um horário para a entrevista, preferencialmente imediatamente antes ou depois da consulta já marcada, a fim de minimizar deslocamentos adicionais.

Todos os pacientes internados no HU-UFJF, hospital geral com leitos de Clínica Médica e Cirurgia, e que constavam nos prontuários de interconsulta psiquiátrica foram identificados por busca ativa e, em seguida, convidados a participar do estudo. Caso aceitassem, a entrevista era realizada no próprio local de internação.

O acesso ao prontuário do HU-UFJF e do Vila Verde possibilitou levantamento prévio dos dias e horários mais adequados para abordagem dos pacientes, otimizando agendamento das entrevistas e integração com a rotina dos

serviços. Essa organização foi compartilhada previamente com todos os entrevistadores.

8.3.2 Recrutamento, consentimento e conduta ética

Pacientes previamente agendados para consultas no Serviço de Psiquiatria e que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. No Hospital Vila Verde Saúde Mental, a coleta foi organizada por alas, sendo que algumas não foram visitadas devido à predominância de pacientes sem condições cognitivas ou clínicas para responder autonomamente – como nos casos de demência, estado confusional agudo ou sedação, situações previstas no critério de exclusão. Já no HU-UFJF, os pacientes internados foram identificados por meio de busca ativa em prontuários durante as interconsultas psiquiátricas e, posteriormente, convidados a participar, com as entrevistas realizadas no próprio local de internação. Inicialmente, cada participante foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após a explanação dos objetivos, riscos, benefícios e garantia de sigilo. Foi enfatizado que a participação seria voluntária, não impactaria o atendimento clínico em curso, e que o participante poderia se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo para seu acompanhamento.

8.3.3 Execução da coleta

A coleta de dados foi realizada de forma presencial pela equipe treinada, em ambiente reservado, por meio de entrevista estruturada e a autoaplicação de escalas validadas para a população brasileira. Os participantes responderam questionários sobre dados sociodemográficos, clínicos, comportamento suicida e R/E (Anexo A). As entrevistas tiveram duração média de aproximadamente 2 horas e 30 minutos e foi realizada utilizando tablets, por meio da plataforma *Research Electronic Data Capture* (RedCap).

Conforme a preferência do paciente, a aplicação dos questionários podia ocorrer de duas formas:

- a) o entrevistador lia todas as perguntas, inclusive as autoaplicáveis e registrava as respostas; ou

- b) o entrevistador lia as perguntas que não eram autoaplicáveis e depois o participante recebia o tablet para responder aos itens remanescentes, permanecendo o entrevistador disponível para eventuais dúvidas. Respeitou-se sempre a autonomia e o conforto do paciente durante todo o processo de coleta.

Após a aplicação, os entrevistadores registravam os dados do participante, data e local da entrevista em planilha online para monitoramento em tempo real pela pesquisadora responsável e pelo centro principal, facilitando o gerenciamento do estudo. O centro coordenador manteve-se à disposição para sanar dúvidas e executar reuniões de alinhamento e treinamento, caso necessário.

8.3.4 Equipe de coleta e treinamento

Além da pesquisadora responsável, a equipe foi composta por acadêmicos de Medicina e Psicologia, bem como médicos residentes de psiquiatria, recrutados voluntariamente e devidamente treinados para aplicação dos instrumentos e condução das entrevistas. O processo de treinamento incluiu reuniões em grupo de discussão, com duração média de três horas, lideradas pela pesquisadora responsável. Nessas reuniões foram apresentadas orientações sobre uma abordagem ética, aplicação dos questionários, esclarecimento de dúvidas e manejo de eventuais situações de risco identificadas durante as entrevistas.

As coletadoras também assistiram a vídeos explicativos enviados pelo centro coordenador (UFRGS), com orientações sobre o protocolo de coleta. Após sanar dúvidas, houve a realização de entrevistas simuladas observadas e avaliadas pela pesquisadora responsável e por uma médica residente do HU-UFJF. Somente após avaliação positiva, o entrevistador era considerado apto para aplicar os questionários. Reuniões mensais de acompanhamento foram mantidas durante todo o período, além das atualizações realizadas online, semanalmente, garantindo padronização e aprimoramento constante da abordagem, contribuindo para a qualidade dos dados coletados.

8.4 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS

Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos, comportamentais e psicométricos utilizando instrumentos validados para a população brasileira.

8.4.1 Preditores

- a) Filiação religiosa: questão direta sobre religião do participante: avaliada por meio de uma questão estruturada com as seguintes opções: “católica”, “evangélica/protestante”, “espírita (kardecista)”, “umbanda/candomblé” ou “outra”. Para fins de análise estatística, as categorias “espírita (kardecista)” e “umbanda/candomblé” foram agrupadas sob a denominação “espíritas e religiões afro-brasileiras”, em razão do número reduzido de participantes em cada grupo, bem como de convergências em alguns aspectos da cosmovisão espiritual.
- b) DUREL: escala de cinco itens avaliando três dimensões da religiosidade organizacional, privada e intrínseca. Foi utilizada a versão validada para o Brasil (Moreira-Almeida *et al.*, 2008; Lucchetti et al., 2012).
 - Religiosidade organizacional: frequência a cultos, missas, templos ou outros encontros religiosos, avaliada pela pergunta: “Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?”. Escala de resposta de 1 (mais de uma vez por semana) a 6 (nunca); para análise, os escores foram invertidos e dicotomizados, de modo que valores mais altos indicam maior frequência.
 - Religiosidade privada: práticas religiosas individuais, como orações, preces, meditação, leitura da Bíblia ou outros textos sagrados, avaliada pela pergunta: “Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos?”. Escala de 1 (mais de uma vez por semana) a 6 (nunca); também invertida para análise.
 - Religiosidade intrínseca: centralidade dos valores religiosos na vida, avaliada pelos itens: “Em minha vida, sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)”, “As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver” e “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida”. Cada item é avaliado de 1 (totalmente

verdade para mim) a 5 (não é verdade); invertidos para análise, indicando maior RI com valores mais altos.

c) CRE-Breve-14 (*coping* religioso-espiritual): escala de 14 itens, diferenciando estratégias positivas e negativas de *coping* religioso. Utilizou-se a versão em português validada (Esperandio *et al.*, 2018). Ao paciente foi solicitado a orientar-se a refletir sobre uma experiência pessoal significativa de estresse ou sofrimento vivida nos últimos três anos, por meio da instrução: *"Neste momento, pense na situação de maior estresse ou sofrimento que você viveu nos últimos três anos."* Em seguida, era convidado a avaliar o quanto utilizou determinadas atitudes para lidar com essa situação, conforme a instrução: *"As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante que você descreveu acima."*

- *Coping* religioso-espiritual positivo: subescala de 7 itens (exemplo: “Procurei o amor e a proteção de Deus” e “Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação”).

- *Coping* religioso-espiritual negativo: subescala de 7 itens (exemplo: “Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé” e “Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado”) (Anexo A).

d) Objeções morais ao suicídio (RFL): subescala de quatro itens do *Reasons for Living Inventory* (RFL) (Linehan, 1983), traduzida para o português (Baptista; Gomes, 2012) com escala de 1 (sem importância como razão para não me matar) a 5 (extremamente importante como razão para não me matar) abordando:

- nós gostaríamos de saber o quão importante cada uma dessas possíveis razões seriam para você, a essa altura de sua vida, como uma razão para não se matar: “Minhas crenças religiosas proíbem o suicídio”; “Acredito que apenas Deus pode tirar uma vida”; “Considero o suicídio moralmente incorreto”; “Tenho medo de ir para o inferno ou algum lugar espiritual de sofrimento”.

e) Crença em vida após a morte: item específico avaliando convicção pessoal sobre existência de vida após a morte:

- “Eu acredito em vida após a morte”, com escala de 1 (sem importância como razão para não me matar) a 5 (extremamente importante como razão para não me matar).

A seleção dos instrumentos considerou tanto evidências de validade e confiabilidade para o contexto brasileiro quanto sua ampla utilização em estudos sobre R/E e suicídio. O uso de diferentes dimensões permite uma análise mais refinada, não só para realizar associações, mas para futura investigação dos mecanismos pelos quais a R/E pode atuar como fator de risco ou proteção em relação ao comportamento suicida, possibilitando também a comparação com achados nacionais e internacionais. Todas as escalas relacionadas à religiosidade/espiritualidade estarão disponíveis nos anexos para consulta.

8.4.2 Desfechos

Histórico de tentativa de suicídio ao longo da vida (*Columbia Suicide Severity Rating Scale* – C-SSRS): autorrelato do participante. Pensamento suicida no último mês e planejamento suicida no último mês: avaliados por meio de entrevista clínica estruturada, realizada por profissional da área da saúde formado (médico ou psicólogo), garantindo avaliação clínica qualificada destes desfechos.

Outros instrumentos aplicados na pesquisa, mas que não foram analisados estatisticamente no presente trabalho: sintomas depressivos (PHQ-9), sintomas ansiosos (GAD-7), impulsividade (BIS-11), satisfação com a vida (SWLS), funcionalidade (FAST), suporte social (OSSS-3), adversidade na infância (CTQ), qualidade de vida (WHOQOL-BREF), solidão (RISE), traços de personalidade (BFI), entre outros.

8.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada no *software* SPSS, versão 13.0 para Windows. Primeiramente, foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra, seguidas de análises bivariadas. O teste do Qui-quadrado de Pearson foi aplicado para investigar possíveis associações entre variáveis sociodemográficas e dimensões de R/E com os desfechos relacionados CS. Esse teste calcula um valor de p para cada comparação entre grupos (por exemplo, entre diferentes faixas de

renda ou religiões), mostrando se existe ou não uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis analisadas.

Para investigar os fatores associados ao risco de comportamento suicida, foram realizadas análises multivariadas por meio da regressão logística. Nesses modelos, foram incluídas variáveis sociodemográficas consideradas relevantes para o desfecho (CS), como idade, sexo, escolaridade, renda, cor/raça, orientação sexual e situação de internação ou atendimento ambulatorial, independentemente de apresentarem ou não significância estatística nas análises bivariadas. Essa abordagem visa garantir o controle adequado de possíveis fatores de confusão, permitindo avaliar o efeito de cada variável de interesse de forma independente.

Os resultados das análises multivariadas foram expressos como *odds ratios* (OR), com respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Foram considerados estatisticamente significativos os resultados com $p \leq 0,05$, e interpretados como tendência de associação aqueles com valores de p entre 0,05 e 0,10, especialmente nos dois últimos desfechos (pensamento e planejamento suicida no último mês), cuja amostra foi menor ($n = 119$), em comparação com o primeiro desfecho ($n = 240$). Esta flexibilização do critério para $p \leq 0,10$ foi adotada para minimizar o risco de erro tipo 2 (falso negativo).

8.6 QUESTÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer nº 7.021.837), bem como pelos Comitês de Ética de cada centro participante que iniciaram a coleta, em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012).

8.7 ASPECTOS FINANCEIROS

O presente estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), conforme aprovação na Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT nº 45/2022 – Saúde Mental.

9 RESULTADOS

A amostra foi composta por 240 participantes, predominando o sexo feminino (68,2%), brancos (50,8%), com faixa etária entre 30 e 49 anos (44,5%). A maioria residia nas regiões Sul (42,1%) e Sudeste (30,8%) do país. Em relação ao nível de escolaridade, 39,1% tinham, no máximo, o ensino médio incompleto, enquanto 53,3% declararam renda familiar entre R\$1.320,00 e R\$3.960,00. Quanto a orientação sexual, 87,4% relataram ser heterossexuais.

Do ponto de vista da R/E, 73,1% dos respondentes afirmaram possuir uma religião, sendo predominantes os católicos (39,1%) e evangélicos/protestantes (33,9%). 52,3% encontravam-se internados, ao passo que 47,7% recebiam acompanhamento ambulatorial. História familiar de morte por suicídio foi relatada por 23,2% dos respondentes. Quanto aos desfechos de suicídio, constatou-se a prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida de 69,2% (N= 240), pensamento suicida no último mês de 64,7% (N= 119), e pensamento sobre meios de suicídio no mesmo período de 57,1% (N= 119).

Em síntese, a amostra caracteriza-se como majoritariamente feminina, adulta entre 30 e 49 anos, de cor/raça branca, com Ensino Médio incompleto e renda menor do que três salários-mínimos. Ressaltando também a elevada proporção de internações psiquiátricas e de comportamento suicida (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da amostra

Variável/categoria	N (%)
Sexo ao nascer	
Feminino	163 (68,2 %)
Masculino	76 (31,8 %)
Total	239 (100 %)
Faixa etária	
18-29 anos	67 (28,2 %)
30-49 anos	106 (44,5 %)
≥50 anos	65 (27,3 %)
Total	238 (100 %)
Raça/cor de pele	

Branca	121 (50,8 %)
Negra	44 (18,5 %)
Parda	69 (29%)
Amarela	4 (1,7%)
Total	238 (100 %)
Região de residência	
Sul	101 (42,1 %)
Sudeste	74 (30,8 %)
Outras regiões	65 (27,1 %)
Total	240 (100 %)
Escolaridade	
Até EM incompleto	92 (39,1%)
Ensino Médio completo/graduação incompleta	81 (34,5%)
Graduação completa ou +	(62 (26,4%))
Total	235 (100 %)
Renda familiar mensal	
<R\$1.320,00	40 (17,5 %)
R\$1.320,00-R\$3.960,00	122 (53,3 %)
≥R\$3.390,00	67 (29,3 %)
Total	229 (100 %)
Orientação sexual	
Heterossexual	209 (87,8 %)
LGBT	29 (12,2 %)
Total	238 (100 %)
Possui religião	
Sim	174 (73,1 %)
Não	64 (26,9 %)
Total	238 (100 %)
Filiação religiosa	
Católica	68 (39,1 %)
Evangélica/protestante	59 (33,9 %)
Espírita	18 (10,3 %)
Umbanda/Candomblé	8 (4,6%)

Outra	21 (12,1 %)
Total	174 (100 %)
Regime de tratamento	
Ambulatorial	114 (47,7 %)
Internação	125 (52,3 %)
Total	239 (100 %)
Pensou em suicídio no último mês	
Sim	77 (64,7 %)
Não	42 (35,3 %)
Total	119 (100 %)
Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	
Sim	68 (57,1%)
Não	51 (42,9%)
Total	119 (100 %)
Familiar biológico morreu por suicídio	
Sim	54 (23,2 %)
Não	160 (68,7 %)
Não sabe/não lembra	19 (8,2 %)
Total	233 (100 %)

Fonte: elaborado pela autora (2025).

9.1 ANÁLISE BIVARIADA: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DESFECHOS DE SUICÍDIO

Na análise bivariada (Tabela 2), sexo não se associou estatisticamente com nenhum dos desfechos avaliados. Em contraste, a raça/cor de pele foi significativamente associada com todos eles: participantes autodeclarados pardos ou amarelos apresentaram maior prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida (83,1%, $p=0,007$), pensamento suicida no último mês (81,3%, $p=0,005$) e pensamento sobre maneiras de se suicidar (79,2%, $p<0,001$).

A renda familiar mensal apresentou associação inversa e robusta ($p<0,001$): quanto menor a renda, maior a frequência dos desfechos de suicídio pôde ser observada. Tendência semelhante foi encontrada em relação à escolaridade, com maiores taxas de desfechos de suicídio entre os participantes com menor nível de

instrução. Indivíduos com graduação completa a 19 anos de estudo ou mais apresentaram menor prevalência de histórico de tentativa de suicídio ao longo da vida (50,9%; $p = 0,002$), ideação no último mês (44,8%; $p = 0,010$) e planejamento suicida no último mês (31%; $p < 0,001$).

Em relação a idade, encontrou-se uma associação inversa para pensamento (85,7 %; $p = 0,001$) e planejamento suicida (83,3 %; $p < 0,001$) no último mês: quanto menor a idade (18 a 29 anos), maior risco de suicídio quando comparado às faixas etárias superiores. Na variável orientação sexual, apesar dos resultados não terem sido significativos no ponto de corte convencional ($p > 0,05$), observou-se uma tendência de associação com planejamento suicida no último mês ($p = 0,080$): pessoas que se declararam LGBT relataram maior planejamento em 78,6 %, contra 53,8 % entre heterossexuais.

Participantes que estavam no momento da coleta em uma internação psiquiátrica apresentaram significativamente maiores prevalências em todos os desfechos: tentativa ao longo da vida (75,6 %; $p = 0,023$), ideação no último mês (93,1 %; $p < 0,001$) e planejamento no último mês (93,1 %; $p < 0,001$). Dentre os três desfechos analisados e a variável ter filhos, nenhum foi considerado significativo, embora a proporção entre histórico de tentativas de suicídio tenha sido discretamente maior entre com participantes com filhos.

Tabela 2 – Associação bivariada entre variáveis sociodemográficas/clínicas e desfecho de suicídio

Variável	Já tentou suicídio?		Pensou em suicídio no último mês		Pensou numa maneira de se suicidar no último mês	
	N (%)	p	N (%)	p	N (%)	p
<i>Sexo</i>				,79		
Mulher	109 (71,7)	,23	57 (64,0)		49 (55,1)	,42
Homem	44 (63,8)		20 (66,7)		19 (63,3)	
<i>Raça ou cor de pele</i>						

Branca	69 (63,9)		25 (50,0)		20 (40,0)	
Negra	24 (58,5)		12 (60,0)	,005	9 (45,0)	
Parda + amarela	59 (83,1)		39 (81,3)		38 (79,2)	
		,007				,000
<i>Renda familiar mensal</i>						
Menos de R\$1.320,00	31 (83,8)		21 (91,3)		19 (82,6)	
De R\$1.320,00 a 3.960,00	90 (77,6)		42 (70,0)	,000	38 (63,3)	
De R\$3.390,00 a > de R\$19.800,00	27 (46,6)	,000	11 (35,5)		8 (25,8)	,000
<i>Escolaridade</i>						
Até Ensino Médio incompleto	64 (75,3)		32 (65,3)		28 (57,1)	
Ensino Médio completo a Graduação incompleta	58 (77,3)		32 (80,0)		31 (77,5)	
				,010		
Graduação completa a 19 anos de estudo ou mais		,002				,001
	29 (50,9)		13 (44,8)		9 (31,0)	
<i>Idade</i>						
18 a 29 anos	50 (78,1)		36 (85,7)		35 (83,3)	
30 a 49 anos	64 (65,3)		26 (57,8)	,001	22 (48,9)	,000
50 anos ou mais	38 (65,5)	,17	14 (45,2)		10 (32,3)	
<i>Orientação sexual</i>						
Heterossexual	130 (67,4)		65 (62,5)	,23	56 (53,8)	
LGTB	22 (81,5)	,13	11 (78,6)		11 (78,6)	
						,080
<i>Ambulatorial ou</i>		,023		,000		

<i>internação</i>					
Ambulatorial	62 (61,4)		22 (36,7)		13 (21,7)
Internação	90 (75,6)		54 (93,1)		54 (93,1)
<i>Tem filho</i>					
Não	58 (63,7)	,14	29 (60,4)	,45	25 (52,1)
Sim	94 (72,9)		47 (67,1)		42 (60,0)

Fonte: elaborado pela autora (2025).

8.2 ANÁLISE BIVARIADA: VARIÁVEIS DE R/E E DESFECHOS DE SUICÍDIO

Ao passo que relatar possuir uma religião mostrou somente tendência de menor prevalência de histórico de tentativa de suicídio (65,8 % *vs.* 78,0 %; $p= 0,085$), a filiação religiosa apresentou associações relevantes com os desfechos investigados. Indivíduos que se denominaram evangélicos/protestantes apresentaram maior prevalência de pensamento suicida no último mês (80,0%; $p= 0,044$) e de pensar em uma maneira de se suicidar no último mês (77,1%; $p= 0,012$) em comparação com outras denominações religiosas.

As dimensões de R/E avaliadas pela DUREL, apresentaram padrões distintos (Tabela 3). A frequência a centros religiosos e a percepção da presença divina em sua vida não se relacionaram a nenhum desfecho. Contudo, os participantes que referiram praticar atividades religiosas privadas (como preces, meditação ou leitura espiritual) associaram-se a menor ideação (51,1% *vs.* 73,0 %; $p= 0,016$) e menor planejamento (44,4% *vs.* 64,9 %; $p= 0,029$); para tentativa, observou-se a mesma direção, embora sem significância ($p= 0,215$). Além disso, a variável de religiosidade intrínseca “minhas crenças religiosas estão realmente por trás da minha maneira de viver” associou-se a menor prevalência de histórico de tentativa (61,4% *vs.* 77,6%; $p= 0,009$), enquanto “[...] eu me esforço para viver minha religião em todos os aspectos” apresentou tendência estatística na mesma direção ($p= 0,051$).

No *coping* religioso positivo (CRE-Breve), dois itens foram estatisticamente significativos: “[...] tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação”, e “[...] pedi perdão pelos meus erros ou pecados”. Na primeira, houve uma relação entre menor histórico de tentativa de suicídio e maior frequência em tentar ver como Deus poderia fortalecer o indivíduo naquela situação (de 63,0%, *vs.* 78,2%; $p= 0,018$). Já na segunda, observou-se que pacientes que buscaram bastante ou muitíssimo o

perdão por seus erros ou pecados, estiveram relacionados a um maior planejamento suicida no último mês (68,5% vs. 45,9%; $p=0,022$).

Os itens de *coping* religioso negativo apresentaram associação estatística significativa e consistentes entre os três desfechos de suicídio analisados, em especial aqueles que expressaram percepções de punição, abandono ou conflito religioso. Observou-se que participantes que relataram ter pensado com maior frequência que foram punidos por Deus devido à sua falta de fé apresentaram maior histórico de tentativa de suicídio ao longo da vida (82,8% vs. 63,3%; $p=0,005$), ideação no último mês (89,5% vs. 56,9%; $p<0,001$) e o planejamento no último mês (81,6% vs. 50,0%; $p=0,001$).

Padrão semelhante foi observado entre os participantes que declararam frequentes percepções de abandono, castigo ou questionamento do poder de Deus (Tabela 3). Por exemplo, questionar o amor de Deus apresentou tendência para histórico de tentativa ($p=0,100$), mas associação significativa com ideação (85,7% vs. 60,0%; $p=0,007$) e planejamento no último mês (77,1% vs. 53,3%; $p=0,017$).

Pacientes que relataram frequentemente pensar que Deus os havia abandonado apresentaram maiores taxas de histórico de tentativa (79,2% vs. 64,8%; $p=0,031$), pensamento (84,6% vs. 60,0%; $p=0,008$) e planejamento suicida (74,4% vs. 54,3%; $p=0,039$). Por fim, a variável “questionei o poder de Deus” também se associou significativamente a maior risco. Os três desfechos respectivamente 84,5% vs. 63,7%, $p=0,003$; 84,8% vs. 61,0%; $p=0,014$; 75,8% vs. 54,5%; $p=0,037$.

Em relação as objeções morais ao suicídio, observou-se que indivíduos que consideram que "suas crenças religiosas proíbem o suicídio" como uma razão muito ou extremamente importante para não se matar apresentaram menor histórico tentativa de suicídio ao longo da vida do que aqueles que atribuíram nenhuma ou pouca importância (60,2% vs. 78,5%; $p=0,003$). Resultados semelhantes foram observados para as crenças de que “apenas Deus pode tirar uma vida” (63,1% vs. 78,7%; $p=0,014$) e que “considero o suicídio moralmente incorreto” (60,2% vs. 77,5%; $p=0,006$). O temor de “ir para o inferno” como motivo para não tentar o suicídio não foi significativo para tentativa, mas foi mais relatado por pacientes com planejamento suicida (66,1% vs. 50,0%; $p=0,078$).

Em síntese:

- a) possuir religião: demonstrou tendência de menor prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida ($p=0,085$);

- b) filiação religiosa evangélica/protestante: associada a maior prevalência de pensamento suicida no último mês (80,0%; $p=0,044$) e planejamento suicida no último mês (77,1%; $p=0,012$), em comparação com outras denominações;
- c) práticas religiosas privadas: associadas a menores taxas de ideação (51,1% vs. 73,0%; $p=0,016$) e planejamento suicida no último mês (44,4% vs. 64,9%; $p=0,029$);
- d) religiosidade intrínseca: “minhas crenças religiosas estão realmente por trás da minha maneira de viver” associada a menor prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida (61,4% vs. 77,6%; $p=0,009$). A dimensão “eu me esforço para viver minha religião em todos os aspectos” apresentou tendência estatística ($p=0,051$);
- e) *coping* religioso positivo: “tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação” associou-se a menor histórico de tentativa de suicídio (63,0% vs. 78,2%; $p=0,018$). “Pedi perdão pelos meus erros ou pecados” associou-se a maior planejamento suicida no último mês (68,5% vs. 45,9%; $p=0,022$);
- f) *coping* religioso negativo (punição, abandono, questionamento): fortemente associado a maior prevalência dos três desfechos, especialmente quando presentes sentimentos de punição divina, abandono ou dúvidas sobre o amor de Deus;
- g) objeções morais ao suicídio: “minhas crenças religiosas proíbem o suicídio”, “apenas Deus pode tirar uma vida”, “considero o suicídio moralmente incorreto” associadas a menor prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida. Temor do inferno ou de consequências post-mortem negativas foram apontadas como associadas com um maior planejamento suicida no último mês.

Tabela 3 – Associação bivariada entre variáveis R/E e desfechos de suicídio

Variável	Já tentou suicídio?		Pensou em suicídio no último mês		Pensou numa maneira de se suicidar no último mês	
	N (%)	p	N (%)	p	N (%)	p
Você possui religião?						
Não	46 (78,0)		22 (64,7)	,966	20 (58,8)	
Sim	106 (65,8)	<u>,085</u>	54 (64,3)		47 (56,0)	,776
Qual é a sua religião?						
Católico	41 (65,1)		20 (58,8)	,044	14 (41,2)	
Evangélica/protestante	39 (70,9)		28 (80,0)		27 (77,1)	
Espírita/Afros	16 (66,7)	,547	3 (42,9)		3 (42,9)	,012
Outra	10 (52,6)		3 (37,5)		3 (38,5)	
Frequência a uma igreja ou outro encontro religioso (DUREL)						
Menos de uma vez por semana	110 (72,4)		52 (63,4)	,661	46 (56,1)	
Maior ou igual a uma vez por semana	43 (62,3)	,134	25 (67,6)		22 (59,5)	,732

**Com que frequência
você dedica o seu
tempo a atividades
religiosas
individuais, como
preces, rezas,
meditações?
(DUREL)**

Poucas vezes por semana a nunca	88 (72,7)	,215	54 (73,0)	,016	48 (64,9)	,029
maior ou igual a uma vez por dia	65 (65,0)		23 (51,1)		20 (44,4)	

**Em minha vida, sinto a
presença de Deus ou
Espírito Santo
(DUREL)**

Não estou certo a não é verdade	46 (74,2)		24 (66,7)		20 (55,6)	
Em geral é verdade ou totalmente verdade	107 (67,3)	,318	53 (63,9)	,768	48 (57,8)	,818

Minhas crenças

religiosas estão
realmente por trás de**toda a minha****maneira de viver****(DUREL)**

Não estou certo a não
é verdade

83 **(77,6)****,009**

38 (64,4)

34 (57,6)

Em geral é verdade ou
totalmente verdade

70 (61,4)

39 (65,0)

,946

34 (56,7)

,916

Eu me esforço muito**para viver a minha****religião em todos os****aspectos da minha****vida (DUREL)**

Não estou certo a não
é verdade

87 (75,0)

41 (61,2)

36 (53,7)

,393

Em geral é verdade ou
totalmente verdade

66 (62,9)

,051

36 (69,2)

,363

32 (61,5)

Procurei uma ligação**maior com Deus****(CRE)**

Nem um pouco a mais ou menos	71 (74,7)	<u>,135</u>	35 (76,1)	<u>,131</u>	30 (65,2)	,432
Bastante ou muitíssimo <i>Procurei o amor e a proteção de Deus (CRE)</i>	79 (65,30)		40 (62,5)		37 (57,8)	
Nem um pouco a mais ou menos	65 (75,6)	<u>,10</u>	35 (77,8)	<u>,072</u>	30 (66,7)	,30
Bastante a muitíssimo <i>Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva (CRE)</i>	84 (65,1)		40 (61,5)		37 (56,9)	
Nem um pouco a mais ou menos	76 (71,7)	,42	37 68,5%	,889	32 (59,3)	,78
Bastante ou muitíssimo <i>Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus</i>	72 (66,7)		37 (67,3)		34 (61,8)	
Nem um pouco a mais	71 (74,0)		35 (70,0)		29 (58,0)	,56

atuaram para isso
acontecer (CRE)

Nem um pouco a mais ou menos	84 (65,1)	,11	35 (57,4)	,004	30 (49,2)	,003
Bastante ou muitíssimo	64 (75,3)		40 (83,3)		37 (77,1)	

Questionei o poder
de Deus (CRE)

Nem um pouco a mais ou menos	100 (63,7)	,003	47 (61,0)		42 (54,5)	,03
Bastante ou muitíssimo	49 (84,5)		28 (84,8)	,014	25 (75,8)	

Minhas crenças
religiosas proíbem o
suicídio (RFL)

Nenhuma ou pouca importância	84 (78,5)		39 (63,9)		34 (55,7)	,66
Muito ou extremamente importante	68 (60,2)	,003	38 (66,7)	,75	343(59,6)	

Acredito que apenas

Deus pode tirar uma
vida (RFL)

Nenhuma ou pouca importância	70 (78,7)		30 (66,7)		25 (55,6)	,72
Muito ou extremamente importante	82 (63,1)	,014	47 (64,4)	,80	43 (58,9)	

Eu considero o
suicídio moralmente
incorreto (RFL)

Nenhuma ou pouca importância	93 (77,5)		45 (67,2)		39 (58,2)	,81
Muito ou extremamente importante	59 (60,2)	,006	31 (62,0)	,56	28 (56,0)	

Tenho medo de ir para
o inferno ou algum
lugar espiritual de
sofrimento (RFL)

Nenhuma ou pouca importância	85 (73,3)		38 (61,3)		31 (50,0)	<u>,07</u>
---------------------------------	-----------	--	-----------	--	-----------	------------

Muito ou		,15		,34	
extremamente importante	67 (64,4)		39 (69,6)		37 (66,1)
<i>Eu acredito em vida</i>					
<i>após a morte</i>					
Nenhuma ou pouca					,68
importância	81 (73,6)		41 (65,1)		35 (55,6)
Muito ou extremamente		,13		,97	
importante	70 (64,2)		35 (64,8)		32 (59,3)

Fonte: elaborado pela autora (2025).

8.3 ANÁLISE MULTIVARIADA: REGRESSÃO LOGÍSTICA DAS VARIÁVEIS DE R/E ASSOCIADAS AOS DESFECHOS DE CS

Foram realizadas análises de regressão logística para estimar as associações entre variáveis de R/E e os três desfechos relacionados ao comportamento suicida. Todas as análises foram ajustadas por variáveis sociodemográficas. Os resultados com $p \leq 0,05$ foram interpretados como associação estatisticamente significativa, já aqueles entre $0,05 < p \leq 0,10$ foram relatados como tendência de associação (Tabela 4).

8.3.1 Histórico de tentativa de suicídio ao longo da vida

Ter ou não uma religião não se associou estatisticamente ao desfecho “já tentou suicídio” (OR= 0,62; IC95%= 0,27-1,41; $p= 0,26$), de forma análoga, as comparações entre afiliações religiosas (Tabela 4). Entretanto, variáveis que investigam religiosidade intrínseca, medidas pela DUREL, demonstraram associações significativas:

- a) “Minhas crenças religiosas estão por trás da minha maneira de viver”: redução de 58,4% na chance de histórico de tentativa (OR= 0,41; IC 95%= 0,20-0,85; $p= 0,016$);
- b) “Eu me esforço para viver minha religião em todos os aspectos”: redução de 61,6% (OR= 0,38; IC 95%= 0,190-778; $p= 0,008$);
- c) pontuação global de religiosidade intrínseca: redução de 16,4% (OR= 0,83; IC 95%= 0,752-929; $p= 0,001$).

No *coping* religioso positivo, avaliado pela escala CRE Breve, a variável “Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação” manteve efeito protetor em relação ao histórico de tentativa de suicídio (OR= 0,46; IC95%= 0,22-0,94; $p= 0,035$). Observou-se também tendência de associação protetora para o item “Procurei o amor e a proteção de Deus” (OR= 0,53; IC95%= 0,25-1,10; $p= 0,089$).

Em relação ao *coping* religioso negativo, notou-se tendências de aumento de risco para: “Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé” (OR= 2,12; IC95%= 0,93-4,83; $p= 0,072$), “Fiquei imaginando que eu fiz para Deus me castigar” (OR=

1,98; IC95%= ,901-4,385; p= 0,089) e “Questionei o poder de Deus” (OR= 2,231; IC95%= 0,938-5,310; p= 0,070).

As objeções morais ao suicídio da escala RFL, apresentaram forte efeito protetor: “Minhas crenças religiosas proíbem o suicídio” (OR= 0,36; IC95%= 0,17- 0,74; p= 0,006), “Acredito que apenas Deus pode tirar uma vida” (OR= 0,31; IC95%= 0,14-0,68; p= 0,003) e “Considero o suicídio moralmente incorreto” (OR= 0,43; IC95%= 0,21-0,88; p= 0,022).

Em síntese:

- a) religiosidade intrínseca: “Minhas crenças religiosas estão por trás da minha maneira de viver”: Redução de 58,4% na chance de histórico de tentativa de suicídio; “Eu me esforço para viver minha religião em todos os aspectos”: Redução de 61,6% na chance;
- b) pontuação global de religiosidade intrínseca: redução de 16,4% na chance de tentativa;
- c) *coping* religioso positivo: “Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação”: Redução de 53,8% na chance de tentativa de suicídio ao longo da vida;
- d) *coping* religioso negativo: tendência de aumento do risco para “Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé” (OR= 2,12; IC95%= 0,93-4,83; p= 0,072); “Fiquei imaginando o que fiz para Deus me castigar” (OR= 1,98; IC95%= 0,90-4,38; p= 0,089); “Questionei o poder de Deus” (OR= 2,23; IC95%= 0,94-5,31; p= 0,070);
- e) objeções morais ao suicídio: “Minhas crenças religiosas proíbem o suicídio”: redução de 63,4% na chance de tentativa; “Acredito que apenas Deus pode tirar uma vida”: redução de 68,6% na chance de tentativa; “Considero o suicídio moralmente incorreto”: redução de 56,8% na chance de tentativa.

Tabela 4 – Análise multivariada: regressão logística das variáveis de R/E associados aos desfechos de suicídio

Variável	Já tentou suicídio		Pensou em suicídio no último mês		Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	
	OR (IC95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
<i>Possui religião</i>						
	,627 (.278 - 1,414)	,260	,531 (.111 - 2,534)	,428	,62 (.123 - 3,149)	,567
Qual é a sua religião?						
Evangélica/protestante vs. católica	,863 (.332 - 2,244)	,763	1,730 (.377 - 7,952)	,481	6,36 (1,01 - 40,13)	,049
Espírita/Afros vs. católica	1,191 (.359 - 3,950)	,775	,323 (.034 - 3,075)	,326	1,60 (.140 - 18,442)	,704
Outra religião vs. católica	,918 (.243 - 3,468)	,900	,311 (.025 - 3,907)	,366	,74 (.053 - 10,341)	,823
Frequência a uma igreja ou outro encontro religioso (DRI) (ambatório select)	,581 (.287 - 1,176)	,131	1,187 (.364 - 3,874)	,776	1,13 (.300 - 4,273)	,854
Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades	,735 (.368 - 1,468)	,384	,363 (.109 - 1,212)	,099	,309 (.077 - 1,247)	,099

religiosas individuais,
como preces, rezas,
meditações (DRI)

Em minha vida, sinto a presença de Deus ou Espírito Santo (DRI)	,618 (,280 - 1,363)	,233	,951 (,267 - 3,385)	,938	2,396 (,561 - 10,231)	,238
---	---------------------	------	---------------------	------	-----------------------	------

Minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver (DRI)	,416 (,204 - ,851)	,016	1,319 (,433 - 4,021)	,626	1,503 (,431 - 5,239)	,523
--	---------------------------	-------------	----------------------	------	----------------------	------

Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida (DRI)	,384 (,190 - ,778)	,008	1,402 (,461 - 4,263)	,552	1,473 (,421 - 5,150)	,544
---	---------------------------	-------------	----------------------	------	----------------------	------

Religiosidade intrínseca	,836 (,752 - 929)	,001			,923 (,763 - 1,116)	,408
-------------------------------------	--------------------------	-------------	--	--	---------------------	------

Procurei uma ligação	,753 (,376 - 1,508)	,424	,471 (,141 - 1,569)	,220	1,104 (,301 - 4,044)	,881
----------------------	---------------------	------	---------------------	------	----------------------	------

maior com Deus

(CRE)

Procurei o amor e a proteção de Deus	,532 (,257 - 1,101)	,089	,366 (,108 - 1,243)	,107	,734 (,201 - 2,684)	,640
---	---------------------	-------------	---------------------	------	---------------------	------

(CRE)

Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva (CRE)	,687 (,348 - 1,356)	,279	1,989 (,592 - 6,682)	,266	3,455 (,834 - 14,313)	,087
---	---------------------	------	----------------------	------	-----------------------	------

Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus	,643 (,321 - 1,290)	,214	,689 (,210 - 2,260)	,539	1,536 (,407 - 5,794)	5,26
--	---------------------	------	---------------------	------	----------------------	------

(CRE)

Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta	,462 (,226 - ,946)	,035	,551 (,169 - 1,790)	,321	1,636 (,438 - 6,110)	,464
--	---------------------------	-------------	---------------------	------	----------------------	------

situação (CRE)

Pedi perdão pelos meus erros ou	,649 (,319 - 1,321)	,234	,910 (,273 - 3,040)	,879	2,435 (,603 - 9,828)	,211
------------------------------------	---------------------	------	---------------------	------	----------------------	------

pecados (CRE)

Foquei na religião para parar de me	,596 (,297 - 1,197)	,146	1,975 (,557 - 6,997)	,292	3,784 (,867 - 16,507)	,077
--	---------------------	------	----------------------	------	-----------------------	------

preocupar com meus problemas (CRE)						
Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado (CRE)	1,430 (,664 - 3,081)	,361	4,156 (1,071 - 16,131)	,039	3,293 (,800 - 13,546)	,099
Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé (CRE)	2,126 (,935 - 4,832)	,072	6,918 (1,571 - 30,454)	,011	6,547 (1,408 - 30,449)	,017
Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar (CRE)	1,988 (,901 - 4,385)	,089	3,642 (,940- 14,114)	,061	3,082 (,769 - 12,344)	,112
Questionei o amor de Deus por mim (CRE)	1,040 (,469 - 2,305)	,923	1,915 (,456 - 8,044)	,375	1,395 (,311 - 6,252)	,664
Fiquei imaginando o se meu grupo religioso tinha me abandonado (CRE)	1,146 (,437 - 3,003)	,782	9,044 (1,171 - 69,868)	,035	3,675 (,616 - 21,910)	,153
Cheguei à conclusão que forças do mal atuaram para isso acontecer (CRE)	1,304 (,633 - 2,686)	,471	2,830 (,803 - 9,968)	,105	2,754 (,737 - 10,285)	,132

Questionei o poder de Deus (CRE)	2,231 (,938 - 5,310)	,070	2,094 (,528 - 8,313)	,293	1,373 (,325 - 5,794)	,666
Minhas crenças religiosas proíbem o suicídio (RFL)	,366 (,178 - ,749)	,006	1,416 (,473- 4,241)	,534	2,215 (,617 - 7,953)	,223
Acredito que apenas Deus pode tirar uma vida (RFL)	,314 (,145 - ,681)	,003	1,185 (,366 - 3,842)	,777	3,028 (,681 - 13,462)	,146
Eu considero o suicídio moralmente incorreto (RFL)	,432 (,211 - ,888)	,022	1,163 (,334 - 4,041)	,813	1,875 (,424 - 8,297)	,407
Tenho medo de ir para o inferno ou algum lugar espiritual de sofrimento (RFL)	,606 (,305 - 1,206)	,154	2,104 (,700 - 6,329)	,185	8,201 (1,806 - 37,235)	,006
Eu acredito em vida após a morte	,586 (,294 - 1,168)	,129	,762 (,252 - 2,303)	,630	1,015 (,296 - 3,486)	,981

Fonte: elaborado pela autora (2025).

8.3.2 Pensou em suicídio no último mês

Nenhuma variável investigada pela DUREL (frequência a uma instituição religiosa, religiosidade privada e religiosidade intrínseca) ou *coping* religioso positivo (CRE-Breve) mostrou associação significativa ao desfecho. Porém, pode-se observar uma tendência significativa na variável de religiosidade privada (OR= 0,36; IC95%= 0,10-1,2; p= 0,09).

Entre os itens de *coping* religioso negativo, três apresentaram associações significativas: “Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado” relacionou-se com um risco quatro vezes maior (OR= 4,15; IC95%= 1,071-16,131; p= 0,03), “Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé” obteve um risco sete vezes maior (OR= 6,918; IC95%= 1,571-30,454; p= 0,011) e “Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado” obteve um risco nove vezes maior (OR= 9,044; IC95%= 1,171-69,868; p= 0,035). Ficar imaginando o que fez para Deus castigar esteve relacionado com uma tendência estatística (OR= 3,64; IC95%= 0,940-14,114; p= 0,06).

Em relação as objeções morais ao suicídio, as seguintes variáveis se mostraram relacionadas a uma tendência significativa: “Minhas crenças religiosas proíbem o suicídio” (OR= 1,416; p= 0,534) e “Acredito que apenas Deus pode tirar uma vida” (OR= 1,185; p= 0,777).

Em síntese:

- a) religiosidade privada: tendência de associação para religiosidade privada (OR= 0,36; IC95%= 0,10-1,20; p= 0,09);
- b) *coping* religioso negativo (CRE-Breve): sentimento de abandono por Deus, risco aproximadamente quatro vezes maior de pensar em suicídio no último mês; sentir-se punido por Deus pela própria falta de fé, risco sete vezes maior; sentir-se abandonado pelo grupo religioso: risco nove vezes maior; ficar imaginando o que fez para Deus castigar apresentou tendência de associação (OR= 3,64; IC95%= 0,94-14,11; p= 0,061);
- c) objeções morais ao suicídio (RFL): “minhas crenças religiosas proíbem o suicídio” (OR= 1,42; p= 0,53) e “acredito que apenas Deus pode tirar uma vida” (OR= 1,19; p= 0,78) não apresentaram associação significativa, mas foram descritas como tendências de associação.

8.3.3 Planejamento suicida no último mês

Observou-se que participantes evangélicos/protestantes apresentaram maior chance de relatar planejamento suicida no último mês em comparação a católicos (OR= 6,36; IC95%= 1,01-40,13; $p= 0,049$), sugerindo risco aproximadamente seis vezes superior para este grupo religioso. A prática diária ou mais frequente de atividades religiosas privadas (como preces e meditação) indicou tendência à associação protetora (OR= 0,309; IC95%= 0,077-1,247; $p= 0,099$).

A estratégia de *coping* R/E positivo “foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas” (OR= 3,78; IC95%= 0,867-16,507; $p= 0,077$) e para “busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva” (OR= 3,46; IC95%= 0,834-14,313; $p= 0,087$) entre pacientes com planejamento suicida no último mês.

Entre os itens de *coping* religioso negativo, destaca-se a associação robusta do item “Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé”, que se manteve associado ao aumento de planejamento suicida (OR= 6,55; IC95%= 1,41-30,45; $p= 0,017$). O item “Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado” apresentou tendência de associação com risco aumentado (OR= 3,29; IC95%= 0,800-13,546; $p= 0,099$).

Tabela 5 – Resultados da Regressão Logística entre dimensões de R/E e CS, controlando para variáveis de confusão com Interpretação de Risco

Variável	Desfecho	OR (IC 95%)	p	Interpretação
Minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver (DRI)	Já tentou suicídio ao longo da vida	0,416 (,204 - ,851)	0,016	Redução de 58,4%
Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida (DRI)	Já tentou suicídio ao longo da vida	0,384 (,190 - ,778)	0,008	Redução de 61,6%
Religiosidade intrínseca (pontuação total)	Já tentou suicídio ao longo da vida	0,836 (,752 - ,929)	0,001	Redução de 16,4%

Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação (CRE)	Já tentou suicídio ao longo da vida	0,462 (,226 -,946)	0,035	Redução de 53,8%
Minhas crenças religiosas proíbem o suicídio (RFL)	Já tentou suicídio ao longo da vida	0,366 (,178 -,749)	0,006	Redução de 63,4%
Acredito que apenas Deus pode tirar uma vida (RFL)	Já tentou suicídio ao longo da vida	0,314 (,145 -,681)	0,003	Redução de 68,6%
Eu considero o suicídio moralmente incorreto (RFL)	Já tentou suicídio ao longo da vida	0,432 (,211 -,888)	0,022	Redução de 56,8%
Procurei o amor e a proteção de Deus (CRE)	Já tentou suicídio ao longo da vida	0,532 (,257 - 1,101)	0,089	Tendência de redução de 46,8% (tendência, $p \leq 0,10$)
Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé (CRE)	Já tentou suicídio ao longo da vida	2,126 (,935 - 4,832)	0,072	Tendência de aumento de 112,6% (tendência, $p \leq 0,10$)
Fiquei imaginando que eu fiz para Deus me castigar (CRE)	Já tentou suicídio ao longo da vida	1,98 (,901 - 4,385)	0,089	Tendência de aumento de 98,0% (tendência, $p \leq 0,10$)
Questionei o poder de Deus (CRE)	Já tentou suicídio ao longo da vida	2,231 (,938 - 5,310)	0,070	Tendência de aumento de 123,1% (tendência, $p \leq 0,10$)
Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé (CRE)	Pensou em suicídio no último mês	6,918 (1,571 - 30,454)	0,011	Aumento de 591,8% 6,9 vezes mais chance
Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado (CRE)	Pensou em suicídio no último mês	4,156 (1,071 - 16,131)	0,039	Aumento de 315,6% 4,2 vezes mais chance
Fiquei imaginando o se meu grupo religioso tinha me	Pensou em suicídio no	9,044 (1,171 - 69,868)	0,035	Aumento de 804,4% 9 vezes mais

abandonado (CRE)	último mês			chance
Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações (DRI)	Pensou em suicídio no último mês	0,36 (,109 - 1,212)	0,09	Tendência de redução de 64,0% (tendência, $p \leq 0,10$)
Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar (CRE)	Pensou em suicídio no último mês	3,64 (,940- 14,114)	0,061	Tendência de aumento de 264% (tendência, $p \leq 0,10$)
Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé (CRE)	Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	6,547 (,940- 14,114)	0,017	Aumento de 554,7% 6,5 vezes mais chance
Evangélica/protestante vs católica	Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	6,361 (1,01 - 40,13)	,049	Aumento 536,1% 6,4 vezes mais chance
Tenho medo de ir para o inferno ou algum lugar espiritual de sofrimento (RFL)	Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	8,201 (1,806 - 37,235)	0,006	Aumento de 720,1% 8,2 vezes mais chance
Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações (DRI)	Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	0,309 (,077 - 1,247)	0,099	Tendência de redução de 69,1% (tendência, $p \leq 0,10$)
Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas (CRE)	Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	3,78 (,867 - 16,507)	0,077	Tendência de aumento de 278% (tendência, $p \leq 0,10$)

Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva (CRE)	Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	3,46 (,834 - 14,313)	0,087	Tendência de aumento de 246% (tendência, p ≤0,10)
Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado (CRE)	Pensou em uma maneira de se suicidar no último mês	3,29 (,800 - 13,546)	0,099	Tendência de aumento de 229% (tendência, p ≤0,10)

Fonte: elaborado pela autora (2025).

10 DISCUSSÃO

10.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Após a comparação entre as características da amostra da pesquisa e a população brasileira, pode-se notar pontos relevantes. Por exemplo, observou-se uma predominância de participantes do sexo feminino (68,2%). Estudos indicam que mulheres tendem a participar mais de estudos voluntários, inclusive pesquisas online e presenciais. Esse fenômeno pode ser atribuído tanto à maior busca por serviços de saúde quanto a características culturais e de socialização de gênero que favorecem a comunicação, a empatia e o engajamento em atividades colaborativas (Canals-Gispert *et al.*, 2024; Galdas; Cheater; Marshall, 2005).

Quanto à autodeclaração de raça/cor, a maior parte dos participantes da pesquisa se identificou como branca (50,8%). Segundo dados nacionais (IBGE, 2023) há uma maior prevalência de pessoas pardas (45,3 %), seguidas por brancas (43,5 %). Entretanto, deve-se levar em consideração que 72,9% dos respondentes eram provenientes das regiões Sul e Sudeste e estas regiões, respectivamente, têm a prevalência de 72,6% e 49,9% de brancos (IBGE, 2023). Assim, a maior proporção de participantes brancos pode refletir o perfil sociodemográfico dessas regiões. Espera-se que, a partir do término da coleta em outros centros de pesquisa no país, possa-se alcançar um perfil de amostra cada vez mais parecido com a realidade brasileira.

Maioria (87,8%) declarou-se heterossexual, enquanto 12,2% identificaram-se como parte da população LGBT. Esses achados apresentam diferenças consideráveis em relação ao cenário brasileiro e internacional. No Brasil, segundo dados recentes do IBGE (2023), cerca de 94,8% da população adulta se identifique como heterossexual, sugerindo assim, que nossa amostra possui uma proporção de indivíduos LGBT maior do que aquela encontrada na população geral brasileira. Essa diferença na composição da amostra é relevante, há estudos que identificaram que a condição de como pessoa LGBT está consistentemente associada a um risco aumentado de tentativas de suicídio e ideação suicida, segundo uma revisão (Na *et al.*, 2025) que abrangeu 46 meta-análises sobre determinantes sociais da saúde e suicídio.

Observou-se que 39,1% dos respondentes afirmaram, no máximo, possuir o ensino médio incompleto; 34,5% haviam concluído o ensino médio ou possuíam graduação incompleta; e 26,4% tinham nível de instrução maior ou igual a graduação completa. Segundos dados recentes do IBGE (2023), essas mesmas variáveis correspondem, respectivamente a 47,5%, 35,8% e 16,7% da população de 18 anos ou mais.

Na presente amostra, 70,8% dos participantes relataram renda familiar mensal de até R\$3.960,00, sendo 17,5% com renda inferior a R\$1.320,00 e 53,3% entre R\$1.320,00 e R\$3.960,00. Quando comparados ao valor de referência nacional, divulgado pelo IBGE (2024), observa-se que o rendimento nominal domiciliar per capita da população brasileira foi estimado em R\$2.069,00. Embora a métrica utilizada na amostra não seja diretamente per capita, os valores declarados sugerem uma distribuição de renda mais concentrada nas faixas inferiores, o que pode refletir uma maior vulnerabilidade socioeconômica entre os respondentes do estudo.

No contexto global, cerca de 75,8% da população declara possuir alguma afiliação religiosa (Pew Research Center, 2025), percentual que sobe para 90,7% no Brasil segundo o último Censo (IBGE, 2023). Em comparação, a amostra estudada apresentou um contingente de indivíduos com filiação religiosa relativamente menor (73,1%), evidenciando uma diferença tanto em relação ao cenário brasileiro, quanto internacional. Essa discrepância poderia indicar um possível desengajamento religioso entre indivíduos da amostra, especialmente aqueles com histórico de comportamento suicida, embora relações causais não possam ser inferidas a partir de um estudo transversal.

De forma análoga, ao analisar detalhadamente a composição das afiliações religiosas, verifica-se um padrão consistente com dados nacionais e internacionais: o predomínio do cristianismo (IBGE, 2023; Pew Research Center, 2025). Entretanto, os percentuais de engajamento variam: na amostra estudada, 39,1% dos participantes identificaram-se como católicos e 33,9% como evangélicos/protestantes; na população brasileira, verificou-se 56,7% católicos e 26,8% evangélicos/protestantes (IBGE, 2023); e na população mundial, 28,8% se declararam cristãos (Pew Research Center, 2025).

10.2 DESFECHOS

10.2.1 Histórico de tentativa de suicídio

O presente estudo corrobora os achados que apontam que o fator protetor da R/E, em relação ao risco de suicídio, é mais complexo do que ter ou não uma religião (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024). Considerando o primeiro desfecho (histórico de tentativa prévia) os dados revelaram que a filiação religiosa não esteve associada ao risco de tentativa de suicídio (OR= 0,62; IC95% 0,27-1,41). No entanto, ao se levar em consideração a religiosidade intrínseca (“minhas crenças estão por trás da minha maneira de viver” e “Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida”) observou-se uma redução do risco de tentativa de suicídio ao longo da vida em 58% e 62%, respectivamente.

Evidências recentes sustentam esse padrão. Uma meta-análise de 63 estudos observacionais, com aproximadamente de 8 milhões de indivíduos, encontrou que os pacientes mais religiosos apresentaram menor probabilidade de tentativa de suicídio (OR= 0,84; IC95% 0,79-0,89) (Poorolajal *et al.*, 2021). Adicionalmente, um estudo brasileiro com 143 pacientes deprimidos internados identificou que aqueles com maior religiosidade intrínseca apresentaram menos tentativas prévias, índices mais altos de resiliência e melhor qualidade de vida (Mosqueiro; Rocha; Fleck, 2015).

Esse achado, à primeira vista contraditório, pode ser compreendido à luz da hipótese de que a religiosidade intrínseca atua como um possível fator modulador do risco. Em outras palavras, indivíduos com maior religiosidade intrínseca precisariam de níveis mais altos de sofrimento psíquico antes de atingir um ponto crítico que justifique a hospitalização. Assim, a gravidade maior do quadro depressivo no momento da internação não contradiz, necessariamente, a função protetora da religiosidade; pelo contrário, poderia apontar sua capacidade de retardar a progressão do CS.

Sob essa perspectiva, a R/E não impediria o sofrimento, mas sustentaria o indivíduo em meio a ele, funcionando como uma espécie de barreira. Isso reforça a ideia de que, mesmo em contextos clínicos severos, a religiosidade intrínseca pode promover resiliência e retardar o agravamento do risco suicida, contribuindo para que o indivíduo permaneça engajado em estratégias de enfrentamento por mais

tempo, antes de demandar intervenções de alta complexidade, como a internação psiquiátrica.

A variável de *coping* religioso positivo “tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação”, associou-se a uma chance 54% menor de histórico de tentativa de suicídio (OR= 0,46; IC95%= 0,23-0,95). Também foi observada uma tendência de associação com a variável “procurei o amor e a proteção de Deus, com redução de 46,8% no risco (OR= 0,53; IC95%= 0,25-1,10; p= 0,089). Ainda que não estatisticamente significativa nos termos convencionais, esta tendência está em consonância com as evidências, que apontam o *coping* religioso positivo pode ser um promotor de resiliência, esperança e sentido existencial (Pargament; Feuille; Burdzy, 2011), ainda mais em contextos de situações adversas da vida. De forma convergente, um estudo brasileiro com amostra clínica de 260 adultos em tratamento psiquiátrico, identificou que estratégias de *coping* religioso positivo associaram-se a menor prevalência de tentativas de suicídio (p <0,01) (Rossignolo Jacob; Soares Hirata, 2024).

Esse modo de enfrentamento envolve o uso da fé como fonte de suporte, amparo e ressignificação diante da adversidade, tendo o potencial de promover a resiliência, esperança e sentido existencial, dimensões a serem consideradas quando se avalia o risco de desfechos de suicídio (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024; Pargament *et al.*, 1998).

Itens de *coping* religioso negativo apresentaram tendência de associação com aumento do risco de tentativa de suicídio, corroborando a literatura da área. A variável “senti-me punido por Deus pela minha falta de fé” esteve associada a uma chance 112,6% maior de histórico de tentativa (OR= 2,13; IC95%= 0,94-4,83; p= 0,072). De modo similar, “fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar” mostrou tendência de aumento de 98% no risco (OR= 1,98; IC95%= 0,90-4,39; p= 0,089), e “questionei o poder de Deus” mostrou associação com um risco 123,1% maior (OR= 2,23; IC95%= 0,94-5,31; p= 0,070).

Embora não tenham alcançado significância estatística convencional, os valores de p $\leq 0,10$ sugerem um possível efeito de risco. Esses padrões de *coping* religioso negativo, baseados em culpa inapropriada, punição divina e abandono, podem refletir sofrimento religioso ou conflito espiritual, dimensões potencialmente associadas a piores desfechos em saúde mental. Por exemplo, um estudo com 630 veteranos de guerra, identificou que o *coping* religioso negativo se associou

diretamente ao aumento de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e menor crescimento pós-traumático (PTG) (Park *et al.*, 2017). Estudos sobre comportamento suicida confirmam essa relação: em pacientes com câncer avançado (n= 603), estratégias de *coping* religioso negativo associaram-se a um risco 2,65 vezes maior de ideação suicida (OR= 2,65; IC 95% 1,22-5,74; p= 0,01) (Trevino *et al.*, 2014), enquanto em uma amostra clínica brasileira de 260 adultos, pacientes que manifestaram níveis mais altos de *coping* religioso negativo tiveram quase o dobro das chances de já terem tentado suicídio (OR= 1,83; IC 95% 1,11-3,00; p= 0,02).

Dessa forma, entende-se que o impacto da R/E no ser humano dependerá também de como tais crenças são elaboradas e incorporadas à identidade do indivíduo e utilizadas diante o enfrentamento de sofrimento.

Além das dimensões da religiosidade intrínseca e do *coping* religioso, os dados revelaram uma associação estatisticamente significativa entre objeções morais ao suicídio e ocorrência de tentativa ao longo da vida. A afirmação “Minhas crenças religiosas proíbem o suicídio” como uma razão de não se matar teve redução de 63,4% na chance de histórico de tentativa (OR= 0,36; IC95%: 0,178- 0,749; p= 0,006), “Acredito que apenas Deus pode tirar uma vida” também como uma razão para não se matar resultou em redução de 68,6% (OR= 0,314; IC95%: 0,145-0,681; p= 0,003) e “Considero o suicídio moralmente incorreto” como uma razão para não se matar esteve associado a diminuição de 56,8% no risco (OR= 0,432; IC95%: 0,211-0,888; p= 0,022).

Esses achados estão alinhados à literatura: em estudo retrospectivo com pacientes com depressão maior, foi observado que aqueles com menores pontuações em objeções morais apresentaram mais tentativas de suicídio, maior impulsividade e desesperança, além de menor afiliação religiosa; nesse contexto, a ausência de objeções morais foi um preditor de risco, mesmo após ajuste para variáveis clínicas e sociodemográficas (Lizardi *et al.*, 2008). Analogamente, uma revisão sistemática com 39 estudos destacou dois domínios da escala Razões Para Viver. Uma delas foram as objeções morais ao suicídio, que foi associada como robusta na predição de menor risco de tentativa (Bakhiyi *et al.*, 2016). Concluiu-se que essas objeções funcionam como barreiras internas ao ato suicida, podendo

operar como freios cognitivos e éticos internalizados que regulam o comportamento, mesmo em presença de sofrimento intenso ou transtornos mentais (Bakhiyi *et al.*, 2016).

Essas objeções morais podem ser particularmente eficazes entre indivíduos com religiosidade intrínseca elevada, que internalizam valores e orientações religiosos como parte central de sua identidade. Nesses casos, o comportamento suicida poderia gerar uma dissonância cognitiva, tendo o potencial de funcionar como um inibidor, podendo reforçar o fator protetor dessas crenças.

10.2.2 Pensar em suicídio no último mês

O segundo desfecho avaliado na pesquisa foi o pensamento suicida no último mês. Três variáveis de *coping* religioso negativo apresentaram associação estatisticamente significativa com o pensamento suicida recente. O maior efeito foi observado entre aqueles que relataram sentir que seu grupo religioso os havia abandonado, com aumento de 804,4% na chance de ideação (OR= 9,04; IC95% 1,171-69,868). Em seguida, sentir-se punido por Deus pela própria falta de fé associou-se a uma chance quase sete vezes maior de pensar em suicídio no último mês (OR= 6,92; IC95% 1,571-30,454), enquanto a crença de abandono por Deus esteve associada a um aumento de 315,6% no risco (OR= 4,15; IC95% 1,071- 16,131). Embora esses achados indiquem uma correlação expressiva entre sofrimento religioso e ideação suicida recente, não é possível afirmar com precisão se essas percepções espirituais contribuem para o agravamento do sofrimento psíquico ou se emergem como resposta a ele.

Esses achados podem indicar a presença de *spiritual struggles* (Exline *et al.*, 2014). Esse termo refere-se a experiências internas de conflito religioso/espiritual que podem envolver sentimentos de punição divina, abandono por Deus, culpa religiosa ou alienação da comunidade de fé. Essas experiências vêm sendo associadas a piores indicadores de saúde mental, incluindo sintomas depressivos, desesperança e ideação suicida. Em um estudo longitudinal com 120 pacientes psiquiátricos ambulatoriais (Lemke *et al.*, 2023), observou-se uma associação bidirecional entre *spiritual struggles* relacionadas ao "significado último da vida" e ideação suicida, ao longo de 12 meses. Essa relação permaneceu mesmo após o ajuste para sintomas depressivos e religiosidade organizacional. Em outras palavras,

pacientes que se percebiam desconectados do sentido último da vida ou que vivenciavam conflitos espirituais apresentaram mais chances de pensar em suicídio no futuro, e, inversamente, aqueles com ideação suicida tenderam a desenvolver mais conflitos religiosos posteriormente.

De forma similar, um estudo transversal que investigou 603 pacientes com câncer avançado (Trevino *et al.*, 2014), encontrou que aqueles com níveis elevados de *coping* religioso negativo apresentavam 2,65 vezes mais chance de ideação suicida, mesmo após o controle de fatores como depressão, *coping* religioso positivo e suporte social. Tais dados corroboram a magnitude dos efeitos encontrados no presente estudo, em que se alcançou até 9,04 mais chances de risco, sugerindo que a vivência de *spiritual struggles* pode representar um marcador de risco importante para ideação suicida.

Além disso, observou-se tendência de aumento do risco de pensamento suicida no último mês para a variável “Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar” (OR= 3,64; IC 95% ,940-14,114), o que reforça o padrão observado nas outras variáveis de *spiritual struggles*.

Por outro lado, a dimensão de religiosidade privada, avaliada pela frequência de dedicação a atividades religiosas privadas (como orações, meditação e leituras espirituais), apresentou tendência de associação com efeito protetor (OR= 0,36; IC 95%,109-1,212), indicando redução de 64% na chance de ideação suicida recente. Esses achados estão em consonância com a literatura, que aponta a prática religiosa privada como um fator de resiliência emocional, sobretudo em contextos de adversidade. Por serem acessíveis, íntimas e centradas no sentido existencial, essas práticas podem oferecer suporte emocional e espiritual mesmo quando o apoio social ou a participação comunitária estão limitados. Em populações com restrições funcionais, como idosos ou pessoas com sofrimento psíquico grave, essa dimensão da religiosidade pode representar uma das poucas formas disponíveis de enfrentamento (Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024).

De forma análoga, a religiosidade privada é muitas vezes usada de forma reativa aos sintomas físicos ou emocionais mais agudos. Estudos com pacientes de dor crônica, por exemplo, revelam que práticas como a oração, especialmente a súplica, são uma das estratégias de *coping* mais utilizadas, e, em alguns casos, sua frequência correlaciona-se com níveis mais elevados de dor, sugerindo que o

agravamento sintomático impulsiona a busca pela religiosidade privada (Moreira- Almeida; Koenig, 2008).

Deste modo, a religiosidade privada pode tanto funcionar como um fator de resiliência, ao oferecer suporte emocional, sentido existencial e sensação de conforto íntimo em contextos de adversidade, quanto servir como marcador de sofrimento, indicando aumento de sintomas físicos ou psicológicos. Esses achados reforçam a importância de avaliar cuidadosamente as práticas espirituais na clínica de saúde mental, não apenas como potencial recurso protetor, mas também como sinalizador de agravos subjacentes que merecem atenção terapêutica.

Em um estudo brasileiro com 456 pessoas em situação de rua, encontrou-se que níveis mais elevados de religiosidade organizacional, privada e intrínseca, bem como maior uso de *coping* religioso positivo, associaram-se a menores taxas de ideação suicida, mesmo após ajuste por sintomas depressivos (Vitorino *et al.*, 2021). De forma análoga, pode-se levantar hipóteses para explicar esse efeito protetor da religiosidade privada. Em primeiro lugar, a religiosidade privada pode fortalecer o senso de propósito e significado existencial (Koenig, 2012; Koenig; VanderWeele; Peteet, 2024). A religiosidade/espiritualidade também pode servir como fonte de esperança e consolo diante da dor, além de oferecer modelos inspiradores de indivíduos que ressignificaram adversidades por meio de sua vivência espiritual.

Esses resultados devem ser interpretados à luz de algumas particularidades metodológicas. O primeiro desfecho (tentativa de suicídio ao longo da vida) foi respondido por 240 participantes, ao passo que os dois desfechos subsequentes (pensamento suicida e planejamento suicida no último mês) foram respondidos por 119 indivíduos, um subgrupo da amostra total. Essa diferença se deve à natureza dos instrumentos utilizados: o primeiro desfecho foi mensurado pela pergunta por um item pertencente à *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS), enquanto os desfechos atuais foram avaliados clinicamente por profissionais de saúde mental qualificados, com base em observações e entrevistas realizadas no momento da coleta.

Dessa forma, é possível que a R/E relatada reflita, com mais acurácia, os desfechos mais recentes, como ideação e planejamento no último mês, dada a menor distância temporal entre a vivência R/E e a manifestação do CS.

10.2.3 Planejamento suicida no último mês

O terceiro desfecho representa uma fase mais crítica e próxima da ação dentro do contínuo do comportamento suicida. Compreender esse estágio é essencial para a identificação precoce de risco, bem como para favorecer intervenções mais rápidas e eficazes. Entre as associações estatisticamente significativas, destaca-se a variável “senti-me punido por Deus pela minha falta de fé” (*coping* religioso negativo), que esteve associada a um aumento de 554,7% na chance de planejamento suicida recente (OR= 6,55; IC95% 1,571-30,454). Esse resultado é convergente com os achados já discutidos nos desfechos anteriores, reiterando a hipótese de que a experiência de *coping* religioso negativo por indivíduos que estejam em vulnerabilidade emocional pode ser um marcador para desfechos de suicídio (Exline *et al.*, 2014; Lemke *et al.*, 2023). Entretanto, deve-se considerar a possibilidade de reciprocidade nessa relação: é o *coping* religioso negativo que precipita o surgimento de CS ou é a intensificação dos CS que reforçam as percepções de punição divina? Para determinar a direção causal desse fenômeno são imprescindíveis estudos longitudinais.

De forma similar, ter medo de ir para o inferno ou algum lugar espiritual de sofrimento como uma razão percebida para não cometer suicídio, também se associou a uma chance 8,2 maior de estar presente nos indivíduos que pensaram em planejar o suicídio no último mês (OR= 8,20; IC95% 1,806-37,235). Esse achado pode parecer paradoxal à primeira vista, mas a literatura sugere um mecanismo explicativo interessante: diversos estudos demonstram que as objeções morais ao suicídio, incluindo o medo de punição após a morte, funcionam como barreiras internas robustas, especialmente na transição entre o planejamento e a efetivação do ato suicida (Bakhiyi *et al.*, 2016; Dervic *et al.*, 2011; Lizardi *et al.*, 2008; Van den Brink, 2024; Van den Brink; Schaap; Braam, 2018).

Por exemplo, em um estudo com 265 pacientes internados por depressão maior ou transtorno bipolar, aqueles com menor pontuação em objeções morais ao suicídio tinham 90% mais tentativas prévias, maior desesperança, maior impulsividade e menos razões para viver (Lizardi *et al.*, 2008). Tais objeções, quando presentes, eram preditores independentes de menor comportamento suicida, mesmo após ajuste para sintomas depressivos.

Em uma revisão sobre o papel das objeções morais e do medo de consequências negativas ou sofrimento *post mortem*, evidenciou que o efeito protetor é mais evidente na etapa de ideação e tentativa, podendo não impedir pensamentos ou mesmo planejamento suicida, mas freando a transição para a execução (Van den Brink *et al.*, 2018). Isso pode explicar o achado do presente estudo, em que indivíduos expressam medo do inferno e relatam planejamento suicida, mas, justamente por essa crença, acabam não efetivando a tentativa.

Essas evidências convergem em um padrão consistente na literatura, segundo o qual a R/E exerce maior efeito protetor sobre tentativas e mortes por suicídio do que sobre a ideação suicida. Estudos indicam que a afiliação religiosa e a frequência aos serviços religiosos não necessariamente previnem a ocorrência da ideação suicida, mas estão significativamente associadas à diminuição das tentativas de suicídio, sugerindo que a R/E é particularmente importante como uma barreira interna na passagem da ideação para o ato suicida em si (Lawrence; Oquendo; Stanley, 2016). Pesquisas clínicas adicionais corroboram esse efeito: em pacientes com transtornos depressivos e transtornos de personalidade do *cluster* B, em que menores níveis de objeções morais ao suicídio foram relacionados a mais tentativas prévias, maior impulsividade, desesperança e agressividade, independentemente de variáveis clínicas e demográficas (Lizardi *et al.*, 2008; Grunebaum *et al.*, 2006). Em outras palavras, embora indivíduos possam até apresentar planos ou pensamentos suicidas, a presença de objeções morais pode atuar como fator protetor, impedindo o avanço do planejamento para o comportamento suicida. Tal evidência reforçaria o papel das objeções morais como barreiras psicológicas e éticas no momento de tomada de decisão.

No grupo das tendências estatísticas, observou-se que a maior frequência de práticas religiosas privadas esteve associada a uma redução de 69,1% na chance de planejamento suicida (OR= 0,31; IC95% 0,077-1,247). Esse padrão reforça o que já havia sido observado no desfecho 'pensamento suicida no último mês', em que a religiosidade privada também apresentou tendência a um efeito protetor. No entanto, é importante destacar que os dois últimos desfechos foram analisados com uma amostra reduzida (n= 119), em comparação ao primeiro desfecho (n= 240), o que pode ter influenciado diretamente a ausência de significância estatística. Considerando que os 119 participantes representam um subconjunto da amostra total, é plausível supor que, com maior poder amostral, o efeito identificado poderia

alcançar significância estatística convencional. Assim, embora os resultados apontem apenas para uma tendência, eles permanecem relevantes, sobretudo pela plausibilidade teórica e pela consistência com achados prévios da literatura, sugerindo que a religiosidade privada pode atuar como uma estratégia interna de enfrentamento diante do sofrimento psíquico e do risco de comportamento suicida. Isso se aplica para as variáveis de *coping* religioso positivo, que também apresentaram tendência de associação com aumento do risco de planejamento suicida: “foquei na religião para parar de se preocupar com problemas” (OR= 3,78; IC95% ,867-16,507), “busquei a ajuda de Deus para livrar-se da raiva” (OR= 3,46; IC95%, 834-14,313) e “imaginar-se abandonado por Deus” (OR= 3,29; IC95%, 800- 13,546). É plausível interpretar, entretanto, que indivíduos em situação de sofrimento psíquico intenso possam recorrer a práticas religiosas positivas como um recurso de enfrentamento, na tentativa de evitar a evolução do planejamento para o ato suicida em si.

10.2.4 Integração entre desfechos

A síntese dos principais resultados pode ser observada na Tabela 6, que integra e compara os efeitos das diferentes dimensões de R/E nos três desfechos analisados: tentativa de suicídio ao longo da vida, pensamento suicida no último mês e planejamento suicida no último mês. Como detalhado nas seções anteriores desta discussão, observou-se que tanto variáveis de religiosidade intrínseca quanto as de objeções morais ao suicídio apresentaram associação protetora mais robusta, especialmente no desfecho de tentativa de suicídio ao longo da vida. Este padrão, já fundamentado com base na literatura científica e discutido anteriormente (Seção 10.2.1), aponta para o papel dessas dimensões como barreiras cognitivas e éticas internalizadas.

No tocante ao *coping* religioso positivo e negativo, a Tabela 6 evidencia que, enquanto o *coping* positivo mostra estar relacionado a uma tendência de proteção, principalmente para tentativas de suicídio ao longo da vida (conforme já discutido em 5.1), o *coping* negativo pode se destacar como marcador de risco elevado sobretudo para ideação e planejamento suicida recentes, aspecto detalhado na análise dos desfechos subsequentes (seções 10.2.2 e 10.2.3).

De forma análoga, vale ressaltar o resultado relativo ao medo de punição espiritual (como o medo do inferno), que, conforme apresentado na Tabela 6 e previamente discutido (seção 10.2.3), não impede necessariamente o planejamento suicida, mas pode atuar como uma barreira psicológica ou moral à concretização do ato.

Por fim, o pertencimento religioso evangélico/protestante, cuja associação mais significativa se deu no planejamento suicida, reforça a necessidade de estudos futuros para melhor compreensão das especificidades deste grupo, inclusive para buscar compreender relações causais. Por exemplo, o indivíduo que referiu estar filiado a essa religião já apresentava esse pertencimento antes do sofrimento psíquico, ou passou a buscá-la como uma forma de enfrentamento diante da crise? De forma análoga, características sociodemográficas próprias de determinados subgrupos religiosos também podem atuar como fatores de confusão. Considerando o delineamento transversal do presente estudo, essas hipóteses não podem ser plenamente respondidas, reforçando a relevância de investigações longitudinais.

De modo geral, a integração dos achados, visualizada na Tabela 6, reforça que a influência da R/E sobre o comportamento suicida é dinâmica e multifacetada. Os resultados convergem para a importância de se considerar não apenas a presença, mas a qualidade, o conteúdo e o contexto da experiência R/E, especialmente no manejo clínico e na prevenção do suicídio.

O estudo apresenta como pontos fortes a abrangência geográfica da amostra, a avaliação simultânea de múltiplas dimensões da R/E com escalas validadas. E, apesar do delineamento transversal limitar inferências causais, este mesmo estudo segue para a modalidade longitudinal afim de sanar essa lacuna. Além disso, há sobrerrepresentação feminina que, no entanto, também pode ser explicada como um fato de que mulheres tendem a buscar mais ajuda especializada do que homens e estão mais dispostas a participarem de pesquisas. Um outro fator importante é a dependência de autorrelato, que expõe os dados a viés de memória.

Apesar dessas limitações, o trabalho cumpre seu objetivo de investigar, de maneira abrangente, a relação entre dimensões R/E e diferentes estágios do CS em contexto brasileiro. Os achados sugerem que a investigação clínica deve ultrapassar a simples identificação de filiação religiosa, contemplando a qualidade da vivência da fé, as objeções morais e os modos de enfrentamento espiritual. Estudos

longitudinais poderão elucidar mecanismos mediadores, uma lacuna ainda persistente na área.

Tabela 6 – Principais achados das dimensões religiosas/espirituais (variáveis específicas), por desfecho e discussão fundamentada

Dimensão/variável	Tentativa de suicídio (vida)	Pensamento suicida (último mês)	Planejamento suicida (último mês)	Discussão
Religiosidade intrínseca (DUREL)	Redução de 16,4% a 61,6% OR= 0,384-0,836; p ≤0,016	Não significativo	Não significativo	Proteção robusta, alinhada a estudos nacionais/internacionais; está associada a sentido de vida e resiliência
Objeções morais ao suicídio (RFL)				
Minhas crenças religiosas proíbem o suicídio	Redução de 63,4% OR= 0,366; IC95%: 0,178-0,749; p= 0,006	Não significativo	Não significativo	Barreira cognitiva/ética interna à tentativa suicida
Acredito que apenas Deus pode tirar uma vida	Redução de 68,6% OR= 0,314; IC95%: 0,145-0,681; p= 0,003	Não significativo	Não significativo	Valor da vida como domínio divino reduz risco de ação suicida
Eu considero o suicídio moralmente incorreto	Redução de 56,8% OR= 0,432; IC95%: 0,211-0,888; p= 0,022	Não significativo	Não significativo	Crenças morais internalizadas reduzem impulsividade suicida
Tenho medo de ir para o inferno ou sofrimento espiritual	Não significativo	Não significativo	Risco em 720,1% OR= 8,201; IC95%: 1,806-37,235; p= 0,006	Medo de punição espiritual pode não impedir o planejamento, mas funcionaria como barreira psicológica/ética especialmente na transição do planejamento para a execução do ato suicida
Coping religioso positivo (CRE)				

Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação	Redução de 53,8% OR= 0,462; IC95%: 0,226-0,946; p= 0,035	Não significativo	Não significativo	Apoio espiritual reduz risco de tentativa suicida ao longo da vida
Procurei o amor e a proteção de Deus	Tendência de redução de 46,8% OR= 0,532; IC95%: 0,257-1,101; p= 0,089	Não significativo	Não significativo	Acolhimento espiritual apresenta tendência de proteção, ainda que sem significância plena.
<i>Coping</i> religioso negativo (CRE)				
Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé	Tendência de aumento de 112,6% OR= 2,126; IC95%: 0,935-4,832; p= 0,072	Risco em 591,8% OR= 6,918; IC95%: 1,571-30,454; p= 0,011	Risco em 554,7% OR= 6,547; IC95%: 1,408-30,449; p= 0,017	Punição divina é um marcador robusto de risco para ideação/planejamento suicida
Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar	Tendência de aumento de 98,8% OR= 1,988; IC95%: 0,901-4,385; p= 0,089	Tendência de aumento de 264,2% OR= 3,642; IC95%: 0,940-14,114; p= 0,061	Tendência de aumento de 208,2% OR= 3,082; IC95%: 0,769-12,344; p= 0,112	Sentimento de culpa religiosa aumenta sofrimento e risco em crises
Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	Não significativo	Aumenta o risco em 315,6% OR= 4,156; IC95%: 1,071-16,131; p= 0,039	Tendência de aumento de 229,3% OR= 3,293; IC95%: 0,800-13,546; p= 0,099	Abandono divino aumenta risco de ideação/planejamento
Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado	Não significativo	Aumenta o risco em 804,4% OR= 9,044; IC95%: 1,171-69,868; p= 0,035	Não significativo	Abandono comunitário é dos principais marcadores de risco para ideação
Pertencimento evangélico/protestante	Não significativo	Não significativo	Risco em 536,1% OR= 6,36; IC95%: 1,01-40,13; p=	Possíveis fatores contextuais podem influenciar risco de

Religiosidade (DUREL)	privada	Tendência de redução de 69,1% OR= 0,309; p= 0,099	Tendência de redução de 63,7% OR= 0,363; p= 0,099	0,049 Tendência de redução de 69,1% OR= 0,309; p= 0,099	planejamento suicida Práticas privadas (oração, meditação) mostram tendência de proteção
--------------------------	---------	---	---	---	---

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Notas: *Significativo para $p < 0,05$. Tendência: associação sugerida para $p \leq 0,10$. Redução/aumento de risco: $1 - OR$ (exemplo: $OR = 0,384$ equivale a redução de 61,6% no risco; $OR = 6,36$ equivale a aumento de 536,1% no risco).

10.3 IMPLICAÇÕES

Os achados deste estudo trazem contribuições relevantes para a prática clínica, para a potencial contribuição e para o desenvolvimento de futuras linhas de pesquisa. No âmbito clínico, os resultados reforçam a necessidade de que profissionais da psicologia, psiquiatria e saúde em geral avaliem de forma recorrente e centrada no paciente as dimensões da R/E. Identificar dimensões comumente protetoras, como a religiosidade intrínseca, as objeções morais ao suicídio, a frequência a uma instituição religiosa e a religiosidade privada podem contribuir para o fortalecimento e promoção de recursos internos e estratégias saudáveis de enfrentamento. Como também o reconhecimento de conflitos espirituais e *coping* religioso negativo como marcadores de risco alerta para a importância da escuta qualificada, do acolhimento de experiências ambivalentes e, quando necessário, da intervenção psicoterapêutica focada na reconstrução de sentido, manejo do sofrimento espiritual e desenvolvimento de alternativas de enfrentamento.

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam estar preparados para abordar aspectos religiosos e espirituais de modo ético e cientificamente fundamentado, bem como coletar a história espiritual do paciente, especialmente daqueles em risco de suicídio. Como abordado anteriormente, 75,8% da população mundial (Pew Research Center, 2025) e 90,7% dos brasileiros afirmam possuir uma religião (IBGE, 2023). E, de forma concomitante, a maioria dos pacientes deseja que terapeutas abordem a religiosidade durante o processo psicoterapêutico (Post; Wade, 2009). Além do fato de que a religiosidade exerce impacto significativo sobre a saúde mental (Koenig *et al.*, 2024).

A terapia cognitivo-comportamental adaptada à religião (R-TCC), por exemplo, pode potencializar a identificação e engajamento em pacientes religiosos, ao mesmo tempo em que permite mobilizar recursos espirituais do paciente e de seu contexto social (Costa; Moreira-Almeida, 2022). A abordagem terapêutica deve ser centrada no paciente e não investigar somente sua filiação religiosa, mas também sua maneira pessoal de compreender, vivenciar e praticar sua fé. O terapeuta não deve agir com proselitismo e impor suas próprias convicções. Ou seja, ele deve respeitar a individualidade do paciente, abordando a religiosidade como se faz com outras dimensões fundamentais da vida, como raça e orientação sexual.

Além do contexto clínico, os dados também apresentam implicações para o planejamento de campanhas educativas e políticas de prevenção do suicídio. Estratégias que reconheçam a importância das crenças religiosas e espirituais para parte significativa da população podem potencializar o alcance e a efetividade dessas campanhas. No entanto, vale destacar um ponto sensível: campanhas que buscam desassociar o suicídio de aspectos morais, com o objetivo legítimo de reduzir o estigma, podem inadvertidamente, enfraquecer uma importante barreira interna. Neste estudo, as objeções morais ao suicídio, incluindo crenças de que "apenas Deus pode tirar uma vida" ou de que "o suicídio é moralmente incorreto", mostraram-se significativamente associadas à redução do risco, especialmente em estágios mais graves do comportamento suicida. Assim, embora a ciência não deva arbitrar sobre o conteúdo moral das crenças, é fundamental reconhecer que tais crenças podem exercer função protetora. Minimizar seu papel, sem considerar suas possíveis repercussões, pode reduzir fatores de contenção subjetiva em pessoas vulneráveis. Portanto, ações preventivas precisam ser cuidadosamente desenhadas, de modo a equilibrar a redução do estigma com a valorização dos elementos que, de fato, podem funcionar como barreiras internas ao suicídio.

No campo das futuras pesquisas, destaca-se a importância de investigações longitudinais que tenham como objetivo avaliar não apenas a associação, mas também os mecanismos pelas quais as dimensões R/E afetam os desfechos relacionados ao comportamento suicida. Apesar de evidências robustas e consistentes (VanderWeele *et al.*, 2016; Koenig *et al.*, 2024), que demonstram o efeito protetor da R/E em relação ao risco de suicídio, os mecanismos desse efeito protetivo ainda não estão elucidados, embora existam hipóteses plausíveis. Entre elas, destaca-se a possibilidade de que a R/E favoreça o desenvolvimento de sentido e propósito existencial, amplie o repertório de enfrentamento diante da dor psíquica, fortaleça redes de apoio social e, em certos casos, ofereça crenças que funcionem como barreiras internas à concretização do ato suicida (como o medo de punição ou de consequências espirituais). Além disso, a vivência religiosa pode ajudar a reconfigurar experiências traumáticas, promovendo resiliência e crescimento pós-traumático.

Outros mecanismos possíveis incluem o fato de que as tradições religiosas frequentemente oferecem narrativas inspiradoras de superação diante de grandes adversidades, reafirmando a ideia de que, mesmo nos momentos mais difíceis, não

estamos desamparados. Participar de uma comunidade religiosa também pode proporcionar suporte emocional e material em momentos de sofrimento, além de oportunidades para retribuir esse cuidado por meio de ações de caridade. Essa reciprocidade pode fortalecer o senso de propósito e valor pessoal.

Adicionalmente, muitas religiões promovem a noção de que a vida é sagrada e, portanto, deve ser protegida e cuidada. Essa perspectiva pode contribuir para o desengajamento em comportamentos autodestrutivos, como o uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como favorecer atitudes de autocuidado físico e mental. A crença na sacralidade da vida também pode funcionar como um freio moral ou espiritual diante da ideia de interrompê-la voluntariamente.

Além disso, alinhado com a necessidade de se investigar e compreender melhor grupos de risco de comportamento suicida, outra possível linha de pesquisa refere-se à investigação do papel da R/E no enfrentamento do luto por suicídio. Embora a R/E sejam reconhecidas como fatores protetores importantes frente ao risco suicida, poucos estudos examinaram seu impacto sobre o processo de luto após a perda por suicídio. Uma revisão sistemática recente apontou para uma relação complexa: em geral, a R/E funcionaria como fontes de apoio e catalisadora de crescimento pessoal e espiritual, contudo, também foram identificados desafios, como conflitos espirituais (ALMEIDA *et al.*, 2025).

No presente estudo, embora tenha sido possível identificar participantes enlutados por suicídio, em um primeiro momento, não foi viável analisar estatisticamente essa variável. Contudo, futuras análises poderão explorar essa interface, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções específicas e mais sensíveis a essa população.

11 CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou melhor compreender a forma como distintas dimensões da R/E se associam ao CS. Os resultados indicam que a religiosidade intrínseca e as objeções morais ao suicídio demonstraram relação protetora consistente, manifestando-se em menor probabilidade de tentativas de suicídio ao longo da vida. Constatou-se também que estratégias de *coping* religioso positivo, sobretudo a busca de apoio e fortalecimento espiritual, estiveram ligadas a menores índices de risco. Em oposição, formas de *coping* religioso negativo apontaram associação com elevação de ideação e planejamento suicida recentes, o que destaca a relevância científica e clínica de se reconhecer e abordar conflitos espirituais. Observou-se ainda tendência protetora das práticas religiosas privadas, enquanto a filiação evangélica/protestante relacionou-se a maior frequência de planejamento suicida, levando a indagação de como que diferentes filiações religiosas por si só, poderiam impactar na prevenção do suicídio.

Por fim, esses resultados reforçam a importância de se considerar a R/E como fenômenos multifacetados, que podem exercer tanto efeitos protetivos quanto de vulnerabilidade, dependendo da forma como são vivenciados. Assim, destaca-se a necessidade de que futuras intervenções de prevenção ao suicídio, incorporando uma escuta sensível às experiências espirituais dos indivíduos, respeitando sua complexidade. Este estudo, ao evidenciar associações relevantes entre dimensões específicas da R/E e diferentes manifestações do CR, tem o potencial para contribuir para o avanço do conhecimento na interface entre saúde mental e espiritualidade, além de poder apontar caminhos para investigações futuras.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, S. *et al.* Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: a systematic review and meta-analysis. **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 729, 2023. doi: 10.1186/s12888-023-05189-2.

ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l.], v. 5, n. 4, 1967.

ALMEIDA, V. A. S. *et al.* Religiosity and spirituality in coping with suicide grief: a review. **International Journal of Social Psychiatry**, [s. l.], 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00207640251345508>.

ALMEIDA, V. A. S.; OLIVEIRA, F. H. A. O.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e comportamento suicida. In: CORRÊA, H. (ed.). **Tratado de suicidologia**. Belo Horizonte: Ampla, 2022, p. 553-564.

AMITAI, M.; APTER, A. Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: a review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 985-994, 2012. doi: 10.3390/ijerph9030985

BAKHIYI, C. L. *et al.* Do reasons for living protect against suicidal thoughts and behaviors? A systematic review of literature. **Journal of Psychiatric Research**, [s. l.], v. 77, p. 92-108, 2016. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.019

BAPTISTA; GOMES. **Versão brasileira da reasons for living scale**: escala de razões para viver. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**, v. 55, n. 4, 2024.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRENT, D. A.; MANN, J. J. Prevention of suicide by screening, psychiatric diagnosis, and treatment of depression in adolescents and young adults. **The New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 352, n. 26, p. 2262-2270, 2005. doi: 10.1056/NEJMra042498

CANALS-GISPert, L. *et al.* Impact of gender on the willingness to participate in clinical trials and undergo related procedures in individuals from an Alzheimer's prevention research cohort. **Alzheimer's Research & Therapy**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 263, 2024.

CARIBÉ, A. C. *et al.* Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: a case: control study. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, [s. l.], v. 200, n. 10, p. 863-867, 2012. doi: 10.1097/NMD.0b013e31826b6d05

CHITWOOD, D. D.; WEISS, M. L.; LEUKEFELD, C. G. A systematic review of recent literature on religiosity and substance use. **Journal of Drug Issues**, [s. l.], v. 38, n. 3, p. 653-688, 2008.

COMPTON, M. T. *et al.* Religiosity and spirituality in major depression: impact on quality of life, treatment response, and remission. **Psychiatric Services**, [s. l.], v. 56, n. 1, p. 52-57, 2005. doi: 10.1176/appi.ps.56.1.52

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Comissão de Saúde e Espiritualidade criada pelo CFM para discutir o tema realiza sua primeira reunião**. Brasília, DF: CFM, 2025. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/nova-comissao-do-cfm-criada-para-discutir-o-tema-realiza-sua-primeira-reuniao>. Acesso em: 11 jul. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO. **Chamada CNPq/SETEC/MCTI N° 06/2025: apoio a eventos de promoção do empreendedorismo e da inovação no Brasil**. Brasília, DF: CNPq; 2025. Disponível em: http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&filtro=resultados&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=12905. Acesso em: 10 jul. 2025.

CONWELL, Y. Suicide later in life: challenges and priorities for prevention. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 47, n. 3 Suppl 2, p. S244-S250, 2014. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.002

COSTA, M. A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religion-adapted cognitive behavioral therapy: a review and description of techniques. **Journal of Religion and Health**, [s. l.], v. 61, n. 1, p. 443-466, 2022. doi: 10.1007/s10943-021-01345-z

CRAMER, R. J.; KAPUSTA, N. D. A social-ecological framework of theory, assessment, and prevention of suicide. **Frontiers in Psychology**, [s. l.], v. 8, p. 1756, 2017. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01756

CRAWFORD, M. J. *et al.* Peer support in mental health services: where is the evidence? **The British Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 191, n. 6, p. 484-491, 2007. doi: 10.1192/bjp.bp.107.037655

DARVISHI, N. *et al.* The role of social support in preventing suicidal ideations and behaviors: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Research in Health Sciences**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. e00609, 2024. doi: 10.34172/jrhs.2024.144

DERVIC, K. *et al.* Moral objections to suicide: can they counteract suicidality in patients with cluster b psychopathology? **The Journal of Clinical Psychiatry**, [s. l.], v. 67, n. 4, p. 620-625, 2006. doi: 10.4088/JCP.v67n0413

DERVIC, K. *et al.* Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, [s. l.], v. 72, n. 10, p. 1390-1396, 2011. doi: 10.4088/JCP.09m05910gre

DERVIC, K. *et al.* Religious affiliation and suicide attempt. **American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 161, 2004.

ERLANGSEN, A. *et al.* Postvention: support for bereaved by suicide. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 7, n. 9, p. 748-750, 2020. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30251-5

ESPERANDIO, I. S. *et al.* Validação da escala CRE-Breve em português brasileiro: estratégias religiosas e espirituais de coping. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 1-10, 2018.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Brazilian validation of the brief scale for spiritual/religious coping: SRCOPE-14. **Religions**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 31, 2018. doi: 10.3390/rel9010031

EXLINE, J. J. *et al.* The religious and spiritual struggles scale: development and initial validation. **Psychology of Religion and Spirituality**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 208-222, 2014. doi: 10.1037/a0036465

FÄSSBERG, M. M. *et al.* A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 13, n. 7, p. 1-24, 2016. doi: 10.3390/ijerph13070617

FEIGELMAN, W.; ROSEN, Z.; GORMAN, B. S. Exploring prospective predictors of completed suicides: evidence from the general social survey. **Crisis**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 233-244, 2014. doi: 10.1027/0227-5910/a000257

FERRO, M. A. *et al.* Religious involvement, religious coping and suicide risk in adolescents: A systematic review. **Child Psychiatry & Human Development**, [s. l.], v. 48, n. 5, p. 803-811, 2017. doi: 10.1007/s10578-016-0701-3

GALDAS, P. M.; CHEATER, F.; MARSHALL, P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 49, n. 6, p. 616- 623, 2005. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x

GALLUP INSTITUTE. LGBTQ+ Identification in U.S. now at 7.6%. [S. l.]: Gallup Institute, 2024. Disponível em: <https://news.gallup.com/poll/611864/lgbtq-identification.aspx>. Acesso em: 11 jul. 2025.

GALLUP INTERNATIONAL ASSOCIATION. 75 years anniversary book: polling around the world. Switzerland: Gallup International Association, 2023. Disponível em: https://gallup-international.com/fileadmin/user_upload/surveys_and_news/2023/A_New_GIA's_Anniversary_Book/Gallup_Book_2023.pdf. Acesso em: 11 jul. 2025.

GEARING, R. E.; ALONZO, D. Religion and suicide: new findings. **Journal of Religion and Health**, [s. l.], v. 57, n. 6, p. 2478-2499, 2018. doi: 10.1007/s10943-018-0629-8

GRAÇA, L.; BRANDÃO, T. Religious/spiritual coping, emotion regulation, psychological well-being, and life satisfaction among university students. **Journal of**

Psychology and Theology, [s. l.], v. 52, n. 3, p. 342-358, 2024. doi: 10.1177/00916471231223920

GRUNEBaum, M. F. *et al.* Moral objections to suicide: can they counteract suicidality in patients with cluster b psychopathology? **The Journal of Clinical Psychiatry**, [s. l.], v. 67, n. 4, p. 620-625, 2006. doi: 10.4088/JCP.v67n0413

HARRIS, L. M. *et al.* Sleep disturbances as risk factors for suicidal thoughts and behaviours: a meta-analysis of longitudinal studies. **Scientific Reports**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2020. doi: 10.1038/s41598-020-70866-6

HAWTON, K.; SAUNDERS, K. E. A.; O'CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. **The Lancet**, [s. l.], v. 381, n. 9874, p. 2373-2382, 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. [Rio de Janeiro]: IBGE, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 jul. 2025.

JACOB, I. R. R.; HIRATA, M. S. Associação entre coping religioso/espiritual, uso de substâncias e tentativas de suicídio. **Revista de Enfermagem UFPE**, [Recife], v. 18, n. 1, 2024. doi: 10.5205/1981-8963.2024.263112

JOE, S.; ROMER, D.; JAMIESON, P. E. Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, [s. l.], v. 37, n. 2, p. 165-178, 2007. doi: 10.1521/suli.2007.37.2.165

JONGKIND, M. *et al.* Dimensions of religion associated with suicide attempt and suicide ideation in depressed, religiously affiliated patients. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, [s. l.], v. 49, n. 2, p. 505-519, 2019. doi: 10.1111/sltb.12456

KLEIMAN, E. M.; LIU, R. T. Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. **Journal of Affective Disorders**, [s. l.], v. 150, n. 2, p. 540-545, 2013. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.033

KOENIG, H. G. **Religion and mental health**: research and clinical applications. [S. l.] Elsevier Academic Press, 2018.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **International Scholarly Research Notices**, [s. l.], p. 278730, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>.

KOENIG, H. G.; VANDERWEELE, T.; PETEET, J. R. **Handbook of religion and health**. New York: Oxford University Press, 2024. doi: 10.1093/oso/9780190088859.001.0001

KOPACZ, M. S. *et al.* Religious coping and suicide risk in a sample of recently returned veterans. **Archives of Suicide Research**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 615-627, 2017. doi: 10.1080/13811118.2017.1390513

LAGLAOUI BAKHIYI, I. *et al.* The role of moral objections to suicide in suicidal behavior: A systematic review. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, [s. l.], v. 46, n. 5, p. 555-571, 2016.

LAWRENCE, R. E.; OQUENDO, M. A.; STANLEY, B. Religion and suicide risk: a systematic review. **Archives of Suicide Research**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1-21, 2016. doi: 10.1080/13811118.2015.1004494

LEMKE, A. W. *et al.* Religious/spiritual struggles and suicide ideation among adult psychiatric outpatients: a 12-month longitudinal study. **Journal of Affective Disorders Reports**, [s. l.], v. 14, p. 100640, 2023. doi: 10.1016/j.jadr.2023.100640

LINEHAN, M. M. *et al.* Reasons for living inventory for suicide attempters. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [s. l.], v. 51, n. 2, p. 276-286, 1983.

LINEHAN, M. M. **Reasons for living inventory**: manual. [S. l.: s. n.], 1983.

LIZARDI, D. *et al.* The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. **Journal of Psychiatric Research**, [s. l.], v. 42, n. 10, p. 815-821, 2008. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.09.007

MANN, J. J. *et al.* Suicide prevention strategies: a systematic review. **JAMA**, [s. l.], v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005. doi: 10.1001/jama.294.16.2064

MELEIRO, A. *et al.* (ed.). **Suicídio**: estudos fundamentais. 1. ed. São Paulo: Segmento, 2004.

MELEIRO, A. **Psiquiatria**: estudos fundamentais. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MELEIRO, A. **Psiquiatria**: estudos fundamentais. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

MELHEM, N. M. *et al.* Protective factors for suicidal behavior in offspring of parents with mood disorders. **American Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 176, n. 10, p. 938- 946, 2019. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.18101134

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Duke University Religion Index: validação da versão em português. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 346-348, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. **Debates Em Psiquiatria**, [s. l.], v. 8, p. 309-315, 2018. doi: 10.25118/2763-9037.2018.v8.309

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008. doi: 10.1590/S0101-60832008000100006

MOREIRA-ALMEIDA, A.; BHUGRA, D. Religion, spirituality, and mental health: Setting the scene. *In*: MOREIRA-ALMEIDA, A.; MOSQUEIRO, B. P.; BHUGRA, D. (ed.). **Spirituality and mental health across cultures**. 1. ed. Oxford: Oxford University Press, 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. **Current Science Inc**, [s. l.], v. 12, p. 327-332, 2008. doi: 10.1007/s11916-008-0055-9

MOREIRA-ALMEIDA, A.; MOSQUEIRO, B. P.; BHUGRA, D. (ed.). **Spirituality and mental health across cultures**. Oxford: Oxford University Press, 2021. doi: 10.1093/med/9780198846833.001.0001

MOSQUEIRO, B. P. *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria sobre a integração da espiritualidade na prática clínica em saúde mental: parte 1: história espiritual e diagnóstico diferencial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 45, n. 6, p. 506-517, 2023. doi: 10.47626/1516-4446-2023-3056

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, 2015. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.022

NA, P. J. *et al.* Social determinants of health and suicide-related outcomes. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 82, n. 4, p. 337, 2025. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.4241

PARGAMENT, K. I. *et al.* Patterns of positive and negative religious coping with major life. **Journal for the Scientific Study of Religion**, [s. l.], v. 37, n. 4, 1998.

PARGAMENT, K.; FEUILLE, M.; BURDZY, D. The Brief RCOPE: current psychometric status of a short measure of religious coping. **Religions**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 51-76, 2011. doi: 10.3390/rel2010051

PARK, C. L. *et al.* Positive and negative religious/spiritual coping and combat exposure as predictors of posttraumatic stress and perceived growth in Iraq and Afghanistan veterans. **Psychology of Religion and Spirituality**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 13-20, 2017. doi: 10.1037/rel0000086

PEW RESEARCH CENTER. **Believing in spirits and life after death is common around the world**. Washington: Pew Research Center, 2025a.

PEW RESEARCH CENTER. **How the global religious landscape changed from 2010 to 2020**. Washington: Pew Research Center, 2025b. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/religion/2025/06/09/how-the-global-religious-landscape-changed-from-2010-to-2020/>. Acesso em: 11 jul. 2025.

PEW RESEARCH CENTER. **The changing global religious landscape.**

Washington: Pew Research Center, 2017. Disponível em:

<https://www.pewresearch.org/religion/2017/04/05/the-changing-global-religious-landscape/>. Acesso em: 11 jul. 2025.

POOROLAJAL, J. *et al.* Relationship of religion with suicidal ideation, suicide plan, suicide attempt, and suicide death: a meta-analysis. **Journal of Research in Health Sciences**, [s. l.], v. 22, n. 1, e00537, 2021. doi: 10.34172/jrhs.2022.72

PULGAR, C. A. *et al.* The role of religious coping in understanding the suicide risk of older adults during COVID-19. **Religions**, [s. l.], v. 13, n. 8, 731, 2022. doi: 10.3390/rel13080731

RACINE, M. Pain catastrophizing: a translational review. **Pain**, [s. l.], v. 159, n. 2, p. 243-251, 2018. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001137

RICHARDSON-VEJLGAARD, R. *et al.* Moral objections to suicide and suicidal ideation among mood disordered Whites, Blacks, and Hispanics. **Journal of Psychiatric Research**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 360-365, 2009. doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.03.008

RIEGER, S. J.; PETER, T.; ROBERTS, L. W. "Give Me a Reason to Live!" Examining reasons for living across levels of suicidality. **Journal of Religion and Health**, [s. l.], v. 54, n. 6, p. 2005-2019, 2015. doi: 10.1007/s10943-014-9893-4

TREVINO, K. M. *et al.* Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. **Psychooncology**, [s. l.], v. 23, n. 8, p. 936-945, 2014. doi: 10.1002/pon.3505

TURECKI, G.; BRENT, D. A. Suicide and suicidal behaviour. **The Lancet**, [s. l.], v. 387, n. 10024, p. 1227-1239, 2016. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2

VAN DEN BRINK, B. *et al.* Religiosity, spirituality, meaning-making, and suicidality in psychiatric patients and suicide attempters: a systematic review and meta-analysis. **Harvard Review of Psychiatry**, [s. l.], v. 32, n. 6, p. 195-206, 2024. doi: 10.1097/HRP.0000000000000409

VAN DEN BRINK, B.; 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, 2018. doi: 10.1007/s10943-018-0573-7

VANDERWEELE, T. J. *et al.* Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 73, n. 8, p. 845- 851, 2016. doi: /10.1001/jamapsychiatry.2016.1243

VIRGÍLIO, P. **Eneida**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2016.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 358-363, 2014. doi: 10.1097/YCO.0000000000000080

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Live life**: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 11 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em: 11 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a resource for media professionals, update 2017. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-17.5>. Acesso em: 11 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: how to start a survivors' group. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44801>. Acesso em: 11 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2021**: global health estimates. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>. Acesso em: 11 jul. 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2022.

WU, A. M. S.; WANG, J.-Y.; JIA, C.-X. Religion and completed suicide: a meta- analysis. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 10, n. 6, e0131715, 2015. doi: 10.1371/journal.pone.0131715

ZALSMAN, G. *et al.* Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 3, n. 7, p. 646-659, 2016. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

ZHONG, S. *et al.* Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. e164-e174, 2021. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30233-4

APÊNDICE A – Artigo



Review Article

IJISIP

International Journal of
Social Psychiatry
1–12
© The Author(s) 2025
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/00207640251345508
journals.sagepub.com/home/isp
S Sage

Religiosity and spirituality in coping with suicide grief: A review

Victoria Alexandre Silva de Almeida^{1,2} ,
Augusto Ossamu Shintani³ , Pedrita Reis Vargas² ,
Ives Cavalcante Passos³ and Alexander Moreira-Almeida¹

Abstract

Background: Although religiosity and spirituality are recognized as important protective factors against suicide, little research has explored their role in the grief process following suicide loss.

Aims: To investigate the existing evidence about the impact of religiosity and spirituality on suicide grief.

Method: A systematic search was conducted in the PubMed, Scopus, and PsycInfo databases for original empirical studies examining the association between religiosity and spirituality and the grief experience of suicide loss survivors.

Results: Eleven studies were identified, the majority ($n=7$) conducted in the United States of America and published between 2000 and 2023. The methodological approaches included qualitative ($n=9$), quantitative ($n=1$), and longitudinal ($n=1$) studies. Sample sizes ranged from 10 to 1,432 participants, primarily composed of women, Christians, and adults. The findings highlight the complex relationship between religiosity and spirituality and suicide grief. In general, religiosity and spirituality functioned as a source of support, a sanctuary, and a catalyst for personal and spiritual growth, facilitating meaning-making and the restructuring of the loss through belief systems, spiritual experiences, and coping strategies. However, in some cases, religiosity and spirituality also posed challenges, complicating the adaptation to suicide grief.

Limitations: Limited research on the topic, with a predominance of qualitative studies and samples largely composed of Christian, Western, and female participants. None of the selected articles focused specifically on religiosity and spirituality as a central research variable, underscoring the need for more in-depth investigations.

Conclusion: Despite the identified challenges, religiosity and spirituality were generally considered significant coping factors in suicide grief. The limited available evidence suggests that religiosity and spirituality may play a crucial role in the grieving process following suicide loss and warrants further investigation.

Keywords

Suicide, postvention, religiosity, spirituality, grief

Introduction

Suicide is one of the leading causes of death across the world (700,000 a year), considered by the World Health Organization (WHO, 2021) to be a serious public health issue. Suicide also has an impact on family and friends who need to deal with traumatic loss (Levi-Belz et al., 2021).

The subjective experience of grief following a loss from suicide tends to be quite different from other forms of loss (Cerel et al., 2008; Jordan, 2001; Pitman et al., 2014), since, beyond the predictable impact from the loss, the exposure to suicide is associated with an increased risk of depression, death by suicide, and the search for psychiatric help. The closer the proximity to the deceased, the greater the chance of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (Cerel et al., 2019; Levi-Belz et al., 2021; Pitman et al., 2014).

Grief is a universal, healthy and adaptive response of human experience, resulting from the loss of somebody significant to the bereaved. Note that the manifestation of coping with grief and its impact may vary according to the culture, context, and religious affiliation of the individual (Shear et al., 2017; Zisook et al., 2014).

¹NUPES – Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Federal University of Juiz de Fora (UFJF), Brazil

²Academia University Center (UniAcademia), Juiz de Fora, Brazil

³Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil

Corresponding author:

Victoria Alexandre Silva de Almeida, NUPES – Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Federal University of Juiz de Fora (UFJF), Eugênio do Nascimento Avenue, No. s/n – Dom Bosco, Juiz de Fora, MG 36036-900, Brazil.
Email: victoriaasalmeida@hotmail.com

Religiosity/spirituality (R/S) incorporates resources that involve cognition, beliefs, and behaviors, such that its practice may constitute an important coping mechanism. R/S seems to exercise a significant role in moderating the impact of traumatic or challenging life situations. Some examples of how religion may be able to help with coping include greater meaning and purpose in life, promotion of social support, hope and motivation, guidance on decision-making, models and examples of suffering and resilience, psychological integration, and the tendency toward a positive view of the world, taking into consideration that the majority of religions promote the human being as deserving of respect and love (Almeida et al., 2022; Koenig et al., 2012).

Bearing in mind the high prevalence of R/S in the global population and its impact, various international agencies, such as the WHO and the World Psychiatric Association (WPA), have come to recognize the importance of taking aspects of people's R/S into account (Moreira-Almeida et al., 2016; Wu et al., 2015). There is a robust body of evidence demonstrating that greater R/S is associated with a lower rate of suicidal thinking and attempted/consummated suicide (Koenig et al., 2012; Wu et al., 2015). For example, the biggest study on this topic monitored almost 90,000 people for up to 14 years. Even after controlling for multiple clinical and sociodemographic variables, committing suicide was six times less likely to occur in those who were accustomed to attending religious services at least once a week than in those who never attended religious services (VanderWeele et al., 2016). However, we do not know if these protective effects apply to people who are experiencing suicide grief.

Currently, increasing attention is being paid to those grieving as a result of suicide and to the important factors in the management and resolution of this grief. The aim of this study is to examine existing evidence on the impact of R/S on suicide grief. Specifically, we seek to evaluate how R/S influences indicators of mental disorders, post-traumatic growth, and the evolution of grief, as well as to identify the mechanisms through which R/S impacts the grief process in individuals who have lost someone to suicide.

Method

The present systematic review was conducted in accordance with the practices advocated by PRISMA (Page et al., 2021). The search was conducted on three databases (PubMed, PsycInfo, and Scopus), with no time restriction, and in the Portuguese, English, and Spanish languages. The following descriptors in English were used: (Suicid* OR postvention) AND (grief OR bereav*) AND (religio* OR spiritu*), resulting in 70 articles found in PubMed, 192 in PsycInfo, and 178 in Scopus, a grand total of 440. The database search was performed on July 24, 2023. The inclusion criteria were as follows: empirical observational

studies (case control, cross-sectional, and longitudinal) and intervention, which investigated bereaved individuals and their experience of suicide grief, as well as the correlation between R/S and suicide grief. The article selection process is illustrated in Figure 1.

The exclusion criteria comprised studies that investigated those bereaved as a result of violent death, and which did not predominantly involve suicide bereaved and online memorials.

In the phase in which titles and abstracts were read, 36 articles were excluded as they were duplicates, and a further 322 that did not comply with the criteria of the study. In the phase of the full reading of the articles, a further 71 were excluded, out of a total of 82. The reasons for the majority of the exclusions were twofold: for not including predominantly suicide bereaved, and for not investigating the R/S of the bereaved. This left 11 articles to be analyzed in the present study. The article selection process was carried out by the first-named author with the assistance of Mendeley. The analysis of content of the articles was conducted by the first two named authors. In these two processes, potential doubts were resolved through discussion with the other authors until consensus was established.

The extraction of the data (author, sample profile, predictor, outcome, and results) was performed using a spreadsheet. To determine the quality of the evidence produced and its significance, the design, sampling procedure, sample size, and results analysis procedures were noted.

Results

Study profile

In a descriptive analysis of the studies in this review, of the 11 studies, the majority ($n=7$) were conducted in the USA, while the other four emanated from Lithuania, Canada, and Switzerland. The oldest was published in 2000 and the most recent in 2023, and were published in ten different journals: two in *Religions* and one each in the *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *Crisis*, *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *Death Studies*, *Journal of Spirituality in Mental Health*, *Homicide Studies*, *Journal for the Study of Spirituality*, *Cogent Psychology*, and the *Journal of Psychology and Theology*. The following methodology was employed: qualitative ($n=9$), quantitative ($n=1$), and longitudinal ($n=1$). The number of participants in the samples ranged from 10 to 1,432, mainly comprising women, Christians, and adults in general. Just one study reported the inclusion of children.

Table 1 presents a summary of the studies, including their locations, methodologies, sample sizes, and main findings. Given that most of the studies employed a qualitative design, it is important to note that the analysis

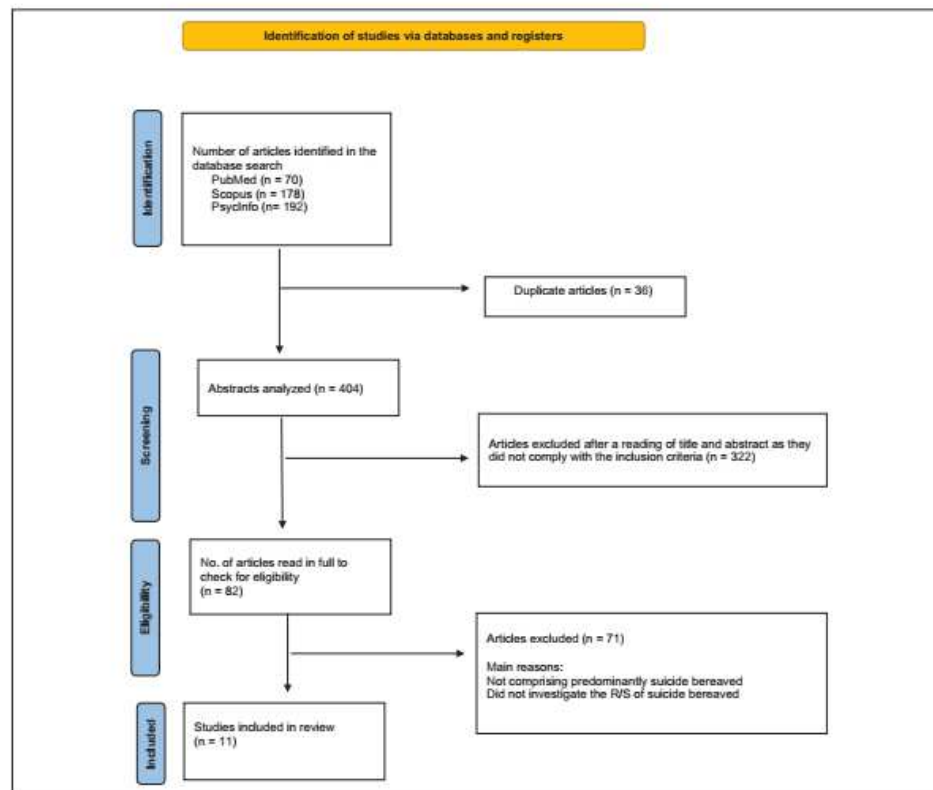


Figure 1. PRISMA flow diagram (Page et al., 2021).

primarily focused on the most frequently reported accounts. These accounts, classified as 'the need to receive help, without being judged, by the religious community,' 'spiritual experiences in continuing bonds', and 'suicide and R/S', are presented below.

Impact of R/S on suicide grief

Studies show that spirituality and religious coping were frequently used tools that were regarded as broadly positive for the suicide bereaved. They were described as vital resources during the period of suicide grief, providing support from the spiritual domain and guidance in difficult situations (Čepulienė & Skruibis, 2023). During the grieving process, many sought a spiritual connection by way of practices that include prayer, attending mass, maintaining contact with religious groups, and meditating (Čepulienė & Skruibis, 2022).

However, quite often, internal R/S-related conflicts can be observed that include concern over how religions view suicide and what are the possible spiritual consequences that could affect the loved ones who departed in this manner. Another difficulty observed was that of finding the courage to tell other people the cause of death, including those in religious contexts (Mastrocinque et al., 2018). Feelings of revulsion were also expressed in relation to God due to the belief that, although the suicide may not have happened through His will, it was something he allowed to happen (Castelli Dransart, 2018).

In one article, the belief in life after death was reported by the bereaved, even those who were no longer practicing their faith prior to the suicide grief. Moreover, there were accounts of receiving messages from their deceased loved ones through third parties, such as mediums, which, in general, provided solace and peace of mind with regard to the state of their loved ones (Mastrocinque et al., 2018).

Table 1. Main results of the articles reviewed.

Author(s) and year of publication	Country	Method	Sample	Predictive variable	Outcome ^a	Results
Feigelman et al. (2019)	USA	Quantitative	Individuals responding to the General Social Survey (GSS) 2016 N = 1,432 751 (51%) reported they had been exposed to a suicide event of one or more individuals. 516 (35%) indicated they experienced suicide grief.	Adhering to a religion and praying at least once a week Suicide grief	Symptoms of depression (five items on CES-D scale) Feeling on verge of a nervous breakdown Self-evaluation of mental health Self-evaluation of happiness Self-perception of optimism for the future R/S	When controlled for sex, the group that practiced prayer on a weekly basis and had a religious affiliation had less chance of having a nervous breakdown Regarding the CES-D scores, in general physical health self-evaluations, self-perception of happiness and optimism, there was no statistically significant difference between the two groups, although those that practiced religiosity tended to be more optimistic. Two associations were statistically significant: 82% of bereaved reported praying once a week or more often, compared to just 75% of those who were not bereaved; and 85% of the bereaved believed in life after death, compared with just 78% of the non-bereaved. In all the other aspects of religion that we examined – frequency of church attendance, having or not having faith, having or not having faith at the age of 16 years, considering themselves religious people, believing in the existence of God, having a strong religious faith, and having had a rebirth experience – the suicide bereaved remained statistically indistinguishable from those who were not bereaved, in all aspects. Children bereaved as a result of deaths other than suicide suffered greater changes in R/S compared to the suicide bereaved.
Cerel et al. (2000)	USA	Longitudinal (1, 6, 13, and 25 months following death)	N = 26 grieving children, aged between 5 and 17 years, through the loss of parents from suicide, compared with 332 children grieving as a result of other forms of death.	Suicide grief	R/S	

(continued)

Table 1. (continued)

Author(s) and year of publication	Country	Method	Sample	Predictive variable	Outcome?	Results
Vandecreek and Mottram (2009)	USA	Qualitative	N = 10 women aged between 48 and 64 years; 9 Christians; 1 Buddhist. 7 considered their religion to be 'very important'.	Suicide Religious support Suicide grief	R/S Help with elaborating grief	In general, suicide did not alter the tenor of religious belief, but rather strengthened it. The majority obtained positive experience out of the experience of grief (greater spiritual vision and purpose in life in the long term), though they were concerned with the destiny of the soul after death. Less frequently, they reported the lack of support from religious leaders in the long term, but all of them were satisfied with the short-term support; They all spoke of spirituality as a source of support. Spirituality, if personally significant and supported by others, can help with post-traumatic growth after a loss. There was a quest to connect spiritually during the period of grief (prayer, attending mass, contact with the religious group, and meditation). Though less frequent, they reported spiritual and religious crises, questioning of God and being forbidden to cry by the religious community.
Čepulienė and Skrubis (2022)	Lithuania	Qualitative	N = 11 women	Suicide grief R/S	R/S Grief resolution Post-traumatic growth	63% reported having an SE connected with the departed individual. The most common were: dreams (73.4%), sensing the presence of the deceased (53.0%), and profound coincidences (40.3%). In general, they interpreted SE as positive (74.5%) and 85.7% of those who had at least one SE told somebody else. Just 4.8% reported that the experiences were detrimental.
Jahn and Spencer-Thomas (2014)	Primarily USA	Quantitative	N = 1,301 88.8% women, predominantly middle-aged, between the ages of 40 and 64 years	Spiritual experience (SE) with the deceased	Emotional impact Usefulness	Frequent emotions reported: Relief (36.8%); Peace (53.1%); Hope (37.2%); Love (57.5%); Sadness (49.0%).

(continued)

Table 1. (continued)

Author(s) and year of publication	Country	Method	Sample	Predictive variable	Outcome?	Results
Mastrocinque et al. (2018)	USA	Qualitative	n = 15 suicide bereaved, all women	(A) R/S (B) Suicide grief (C) Support from the religious community	Grief resolution R/S	There were internal conflicts with R/S, frequent concerns about religious perspectives of suicide and its consequences and the difficulty of telling others the cause of death. However, some had positive experiences when telling the religious group, which was fundamental for those who were concerned about negative reactions. Several actively sought a third party (e.g. a medium) to establish communication, given the sense of importance of connecting with their loved one. The non-religious bereaved felt that this fact made it more difficult to get support with the logistics of the funeral as well as emotional support. The suicide had a negative impact on spirituality. They had difficulty in reconciling the suicide and with their belief in a loving and caring God. However, others spoke of having a connection with God and prayer as a way of seeking guidance. Many turned to their religious leaders in search of support and reported receiving comfort from them and from the religious community. The participants were more ambivalent or uncertain about the belief in life after death, but this topic remained a possibility. Almost all of them actively maintained their loved ones in their lives by means of continuing bond practices, and even through rituals.
Gall et al. (2015)	Canada	Qualitative	N = 11, 9 women + 2 men Frequent attendance at a religious service was rare. Just two were regular churchgoers, but the majority identified spirituality as being important in their lives.	(A) R/S (B) Suicide grief (C) Support from the religious community	Grief R/S	

(continued)

Table 1. (continued)

Author(s) and year of publication	Country	Method	Sample	Predictive variable	Outcome ^a	Results
Vandecreek and Mottram (2011)	USA	Qualitative	N = 10 women Majority Christian Seven considered their religion to be 'very important';	(a) Perceived roles of God (b) Religious community	Grief Reshaping of loss Social support	There were reports of a belief of how God delivered something positive from the experience of grief, providing spiritual care to them and their loved ones, transforming their lives and giving them a mission. In contrast, the perception that God might refuse entry to heaven to their loved one was a concern. However, others were concerned that people should not blame God for the suicide. For the most part, the SEs were useful, providing comfort, acceptance, or happiness and signified that the loved one was safe, at peace or living a life after death. Only 25 questioned the authenticity of the SEs. Some of them noted a reduction in their religiosity or religious participation, reporting that their faith was shaken. In contrast, others noted that their religious beliefs or participation did not change, or that their spirituality or faith was stronger and that they trusted faith or the divine power for the purpose of coping.
Jahn and Spencer-Thomas (2018)	USA	Qualitative	N = 1,301 63.0% reported maintaining connection through SE related to the departed loved one. 57.9% identified as adhering to a religion	SE with the deceased R/S	Grief Usefulness Reshaping of loss R/S	

(continued)

Table 1. (continued)

Author(s) and year of publication	Country	Method	Sample	Predictive variable	Outcome ^a	Results
Castelli Dransart (2018)	Switzerland	Qualitative	N=50, of whom 39 were women, 11 men, 22 regularly took part in a religious organization and adhered to the Christian faith, and also believed in life after death.	Suicide grief R/S Religious community	Coping strategies Reshaping of the death Support	The majority received help from the religious leaders and community (funeral bureaucracy, dealing of the scene of the suicide, emotional support, and attributing new meaning to the loss). In the main, the spiritual beliefs and religious practices formed an important resource for coping with the suffering and reshaping of the loss, including the belief in life after death and this was also shared by those who were no longer practicing their faith prior to the suicide. There was a receipt of messages from the deceased via third parties (e.g. mediums). Most of them indicated that not only did the loved one continue to exist but that he/she transmitted signals that provided reassurance about their condition. Feelings of anger were expressed in connection with the widespread belief that the suicide, although it was not God's will, was permitted by Him.
Čepulienė and Sirubis (2023)	Lithuania	Qualitative	N=11 women suicide bereaved within the last 2 to 5 years	R/S	Improvement in grief	The participants described spirituality as a resource during the period of grief following the suicide. The usefulness of spirituality lies in the support felt from the spiritual domain. Perception of spirituality as a resource and a guiding light in difficult situations.

Mechanism of the impact of R/S on grief

The survivors of bereavement from suicide demonstrated great willingness and openness to being helped by their religious leaders and communities (Castelli Dransart, 2018; Čepulienė & Skruibis, 2022, 2023; Gall et al., 2015; Mastrocinque et al., 2018; Vandecreek & Mottram, 2009).

Findings suggest that social support emanating from this community took place, for the most part, on the days immediately following the suicide. This support included financial, to pay for the funeral services, emotional support through words of support and encouragement, help to clean up the place where the suicide occurred and responses to theological doubts about the destiny of the soul after suicide and the support of God, both for the grieving as well as for the departed soul.

In a qualitative study conducted in the USA ($n=15$), the non-religious bereaved faced the challenge of obtaining emotional support and dealing with the funeral logistics. Moreover, the reaction of the religious community to the cause of death was of concern to the bereaved individuals, and those who had positive experiences felt it was essential to share this with the religious community (Mastrocinque et al., 2018).

Similarly, in a qualitative study carried out in Canada ($n=11$), despite the presence of anger-related sentiment, the participants at first turned to their congregation in search of support with regard to the funeral. Most of the individuals stated they received support and comfort from the religious community, even in the acceptance of the cause of death (Gall et al., 2015). However, even being a part of a religious community, it is unclear if this support results in help in reshaping the grief. In a separate qualitative study, the bereaved were not satisfied with the long-term support from the religious leaders, but they were all satisfied with the short-term support received (Vandecreek & Mottram, 2009).

In spite of the majority of studies reporting satisfactory support from the religious community, there were also accounts of difficulty experienced in returning to religious services (Vandecreek & Mottram, 2009). In one study, there was a report of it being forbidden to cry by some members of the religious community (Čepulienė & Skruibis, 2022).

Spiritual experiences with continuing bonds

Generally speaking, this topic is related to the possibility of viewing the deceased as someone who will continue to exist and, in these cases, the overwhelming belief is that there must be life after death. In the largest quantitative study analyzed ($n=1,301$), the majority of the sample (63%) indicated having had at least one spiritual experience (SE; e.g. dreams, sensing the presence of the deceased, or profound coincidences, etc.) related to the departed. These experiences, which were regarded as largely

positive, may indicate the existence and maintenance of continuing bonds with the deceased, and were frequently related to emotions of relief (36.8%), peace (53.1%), hope (37.2%), love (57.5%), and sadness (49.0%; Jahn & Spencer-Thomas, 2014).

Other articles have also proffered questions relating to SE in continuing bonds, including the following main points: (1) The perception or belief that they had already lived these experiences, even establishing a communication initiated by the loved one, in order to be able to help the bereaved, or alternatively the openness to experience this connection subsequently (Čepulienė & Skruibis, 2022; Gall et al., 2015). (2) In the discussion concerning the feeling of importance in communicating with the deceased and, in some cases, being established by way of signs (Mastrocinque et al., 2018). (3) The belief in life after death, thereby enabling contact to be maintained. Though less frequent, there were also some accounts of bereaved individuals who had had negative experiences. In general, the participants perceived the establishment and maintenance of continuing bonds through rituals, positive beliefs related to R/S and SE and associated with feelings of comfort and hope. Indeed, in the largest qualitative study analyzed ($n=1,301$), many responses commonly indicated that the bereaved believed that life goes on or that the departed individual made his/her presence felt, even after death, in the life of these bereaved individuals (Jahn & Spencer-Thomas, 2018). In a qualitative study conducted in Canada ($n=11$), the majority of participants were ambivalent about this belief, but remained open to the possibility (Gall et al., 2015).

Impact of suicide on R/S

Seven studies analyzed the impact of the death and suicide grief on R/S. One longitudinal study conducted in the USA found no changes in the R/S in 26 children bereaved as a result of a suicide compared to 332 children bereaved through other causes of death (Cerel et al., 2000).

A qualitative study in the USA indicated that suicide did not change the religious beliefs of the bereaved, rather it strengthened them. The majority of those interviewed reported long-term benefits from the grief, with enhanced spirituality and help with reshaping the grief. Some of them also mentioned a spiritual awakening after the loss (Vandecreek & Mottram, 2009).

In two qualitative studies in Lithuania ($n=11$), all participants cited spirituality as being supportive during the period of grief. Many reported a strengthening of their spirituality after the loss, together with the development of new skills for connecting with a higher power. However, religious conflict and questioning about God also surfaced (Čepulienė & Skruibis, 2022, 2023).

The issue of the belief in life after death was also a fairly common topic found in the studies inasmuch as the

bereaved were concerned about the destiny of their loved one's soul and what were the possible spiritual consequences of the deed (Vandecreek & Mottram, 2009).

Although less common, there were also accounts of suicide-bereaved survivors maintaining that they experienced spiritual and religious crises, a questioning of God and the difficulty of seeing Him as loving and caring, frequent concerns in respect of the religious interpretation of suicide and its consequences (Čepulienė & Skruibis, 2022; Gall et al., 2015; Mastrocinque et al., 2018).

Discussion

Although the study of the relationship of R/S with suicide grief is still in its infancy, results suggest that R/S is a frequent coping tool in such situations and that its impact is generally positive. The findings, though scant, showed the complexity of the relationship with R/S during suicide grief, as much as R/S, although it tends to play a role as a source of support, a place of sanctuary, and personal/spiritual growth, can sometimes also work against the grieving process.

Individuals who possess R/S may benefit from their beliefs with regard to bereavement, by means of a greater openness and understanding of the possibility of experiencing continuing bonds, with the prospect that their loved one may enjoy a life beyond the grave. Another way in which R/S may bring about benefits is the belief that there will be a reunion some time in the future. It should be underlined that these beliefs may help the bereaved to keep their faith in times of uncertainty (Calhoun & Tedeschi, 2006). Spiritual practice and religious affiliation were also regarded as beneficial for the emotional stability of the bereaved (Feigelman et al., 2019) and, for the most part, they reported spirituality as being a source of support (Čepulienė & Skruibis, 2022). Nevertheless, although a minority, some individuals report experiencing inner conflict with R/S due to concerns about religion's stance on suicide (Mastrocinque et al., 2018). Moreover, in some situations, again in a minority of cases, suicide had a negative impact on spirituality, weakening convictions about a loving, caring God (Gall et al., 2015), or even reducing religious practices and shaking beliefs (Jahn & Spencer-Thomas, 2018) and eliciting feelings of anger, believing that, although not the Will of God, He did allow it (Castelli Dransart, 2018). One important topic observed during the analysis of the data is that, contrary to what some bereaved imagined, for the most part, they were not judged or condemned by their religious leaders or community (Mastrocinque et al., 2018). In fact, the support they offered was perceived as of great importance for the promotion of support and welcoming (Vandecreek & Mottram, 2009). Indeed, going beyond the support of the community, R/S also has the potential to help establish continuing bonds with the departed, through the belief in life after death, rituals, dreams, and sensing the presence of the loved one, profound coincidences, and the establishment of communication

through third parties (such as mediums). This concept of continuing bonds is described in the literature of various religions and cultures and is observed in the writings of Viktor Frankl in his classic work *'Man's Search For Meaning'*: 'In a position of utter desolation' [...] 'man can, through loving contemplation of the image he carries of his beloved, achieve fulfillment' (Frankl, 1988). Or in 'love goes far beyond the physical person of the beloved. It finds its deepest meaning in his spiritual being' [...] 'Whether or not he is actually present, whether or not he is still alive at all, ceases somehow to be of importance' (Frankl, 1988).

In future studies, one important field to be better explored is the identification of the potentially diverse categories of continuing bonds and the validation of a potential association with the process of construction of grief and appreciation of life. Moreover, it would be extremely beneficial for the field to broaden the analysis of the potential that the painful situation of suicide grief has in transformation and psychological growth, unveiling a new and better level of adaptive functioning through the Post-Traumatic Growth (PTG) concept, which has already been addressed in several studies, albeit incipiently (Levi-Belz et al., 2021; Zisook et al., 2014).

Similarly, also in the book *'Man's Search For Meaning'*, Viktor Frankl states that 'it is just such an exceptionally difficult external situation which gives man the opportunity to grow spiritually beyond himself' (Frankl, 1988). This statement is in harmony with the concept of Post-Traumatic Growth (PTG) in which it is understood that in any situation, regardless of how stressful, challenging, and traumatic it may be, based on a process of elaboration and attributing new meaning, there is potential for transformation and psychological growth. Hence a new level of adaptive functioning, better than the previous one. However, PTG will not happen directly as a result of a trauma, rather it depends heavily on inter- and intrapersonal characteristics. It is important to highlight that the presence of PTG does not preclude the possibility of there being, at some moment, Post-Traumatic Stress Disorder or Complicated Grief (Levi-Belz et al., 2021).

In a systematic review involving PTG in suicide-bereaved, the PTG was directly related to the moment of loss, to the adaptive mode of coping and seeking help. The three domains of growth most commonly reported by the bereaved were appreciation of life, interpersonal relationships, and spiritual change (Levi-Belz et al., 2021).

So, although experiencing suicide grief may be incredibly painful, it can also lead to personal growth, with enhanced coping strategies, as well as a renewed sense of appreciation for life (Zisook et al., 2014).

Limitations

One important limitation of this review is the scarcity of studies and the characteristics of the studies included:

mostly qualitative studies with a predominantly female sample, religious Christian following, and based on Western culture. Thus the results should be analyzed with caution as it may be unbecoming to generalize. It is also necessary to point out that none of the articles included in the present study investigated R/S as the central focus, but rather as just one of the dimensions to be analyzed. Therefore, it is understood that there is a need for fresh studies with a more detailed investigation into the R/S of the sample and the associated mechanisms.

Therefore it should be stressed that the results are indicative of a positive association, however, due to the paucity of studies and their methodological fragility, the findings of the present study are not suitable to really test the hypothesis of the real efficacy of R/S in suicide grief. For this reason, it is necessary to conduct studies specifically with these aims.

Conclusion

Taking into account the importance of caring for the suicide-bereaved, the impact of this loss and the high prevalence of R/S in the general population today, there is a patent need for further studies into the subject in order to widen understanding and enable evidence-based proposals for interventions. The findings, although not capable of generalization, show that, despite suicide grief being a traumatic experience, R/S has the potential to help with the process of grieving, since their belief systems, spiritual experiences, and coping strategies may provide a reshaping of the loss.

In general, the findings suggest that R/S may help in coping with suicide-grief through: (1) process of attributing meaning to the loss; (2) honoring and preserving the memory of the departed by means of continuing bonds; (3) providing social support through the religious community and leaders; and (4) belief systems. However, the perpetuation of religious stigmas, the scapegoating of the bereaved with regard to death by suicide, the lack of social support from the religious community, principally in the long term, and the prohibition of crying by some groups, can be factors that may foster negative R/S experiences during the grieving process.

Future studies, with greater detail and scientific rigor, are needed for a better understanding of the relationship and ramifications of R/S in suicide grief. So, the importance can be seen of carrying out studies that will include samples representative of the population, as well as the use of a control group (e.g. bereaved as a result of causes of violent death other than suicide), scales validated for R/S and grief, and with longitudinal follow-up.

It is also recommended that dimensions of R/S be evaluated that appear to have a greater relationship with suicidal behavior, such as: (1) frequenting a religious institution; (2) belief in life after death; (3) moral

objections to suicide; (4) practice of prayer and the reading of religious texts; (5) religious coping, (6) experience of continuing bonds; and (7) perceived support of the religious community. It is understood that, in this way, one may arrive at a broader and more comprehensive understanding, not only of R/S, but also its working mechanisms and the possible existence of post-traumatic growth.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iDs

Victoria Alexandre Silva de Almeida  <https://orcid.org/0009-0009-9490-1857>

Augusto Ossamu Shintani  <https://orcid.org/0000-0001-6105-2582>

Pedrita Reis Vargas  <https://orcid.org/0000-0002-7897-744X>

Ives Cavalcante Passos  <https://orcid.org/0000-0001-6407-8219>

Alexander Moreira-Almeida  <https://orcid.org/0000-0002-9135-2532>

References

- Almeida, V. A. S., Alves de Oliveira e Oliveira, F. H., & Moreira-Almeida, A. (2022). Espiritualidade e comportamento suicida. In H. Corrêa (Ed.), *Tratado de suicidologia* (p. 553). Editora Ampla.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 3–23). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Castelli Dransart, D. A. (2018). Spiritual and religious issues in the aftermath of suicide. *Religions*, 9(5), Article 153. <https://doi.org/10.3390/rel9050153>
- Čepulienė, A. A., & Skruibis, P. (2022). The role of spirituality during suicide bereavement: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), Article 8740. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148740>
- Čepulienė, A. A., & Skruibis, P. (2023). What is spirituality for women bereaved by a partner's suicide: A qualitative study. *Cogent Psychology*, 10(1), Article 2183676. <https://doi.org/10.1080/23311908.2023.2183676>
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (2000). Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 437–444. <https://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00012>
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38–44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>

- Feigelman, W., Cerel, J., McIntosh, J. L., Brent, D., & Gutin, N. (2019). Suicide bereavement and differences in religiosity. *Crisis, 40*(3), 176–185. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000546>
- Frankl, V. (1988). *Man's search for meaning*. Pocket Books.
- Gall, T., Henneberry, J., & Eyre, M. (2015). Spiritual beliefs and meaning-making within the context of suicide bereavement. *Journal for the Study of Spirituality, 5*(1), 98–112. <https://doi.org/10.1179/2044024315Z.00000000044A>
- Jahn, D. R., & Spencer-Thomas, S. (2014). Continuing bonds through after-death spiritual experiences in individuals bereaved by suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health, 16*(4), 311–324. <https://doi.org/10.1080/19349637.2015.957612>
- Jahn, D. R., & Spencer-Thomas, S. (2018). A qualitative examination of continuing bonds through spiritual experiences in individuals bereaved by suicide. *Religions, 9*(8), Article 230. <https://doi.org/10.3390/rel9080230>
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 91–102. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310>
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Levi-Belz, Y., Kryszinska, K., & Andriessen, K. (2021). "Turning personal tragedy into triumph": A systematic review and meta-analysis of studies on posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13*(3), 322–332. <https://doi.org/10.1037/tra0000977>
- Mastrocinque, J. M., Hartwell, T., Metzger, J. W., Carapella-Johnson, R., Navratil, P. K., & Cerulli, C. (2018). Spirituality and religion after homicide and suicide: Families and friends tell their stories. *Homicide Studies, 24*(2), 107–126. <https://doi.org/10.1177/1088767918807263>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry, 15*(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, L., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ, 372*, Article n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 86–94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)
- Shear, M. K., Mulderberg, S., & Periyakoti, V. (2017). Supporting patients who are bereaved. *BMJ, 358*, Article j2854. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2854>
- Vandercreek, L., & Mottram, K. (2009). The religious life during suicide bereavement: A description. *Death Studies, 33*(8), 741–761. <https://doi.org/10.1080/07481180903070467>
- Vandercreek, L., & Mottram, K. (2011). The perceived roles of God during suicide bereavement. *Journal of Psychology and Theology, 39*(2), 155–162. <https://doi.org/10.1177/009164711103900206>
- VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry, 73*(8), 845–851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243>
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*.
- Wu, A., Wang, J. Y., & Jia, C. X. (2015). Religion and completed suicide: A meta-analysis. *PLOS ONE, 10*(6), Article e0131715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131715>
- Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., & Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports, 16*(10), Article 482. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8>

APÊNDICE B – Produções técnicas e científicas realizadas durante o mestrado

3 Religião, Espiritualidade e Transtornos Mentais

Alexander Moreira-Almeida ■
Victoria Alexandre Silva de Almeida

INTRODUÇÃO

Religião e cuidados com a saúde sempre estiveram intimamente ligados ao longo da história. Na Antiguidade, hábitos de higiene e saúde foram incorporados aos rituais religiosos de judeus, egípcios, persas e gregos, e os sacerdotes eram responsáveis por conduzir essas práticas sagradas e atender aos doentes. Na Idade Média, mosteiros destinavam parte de seus aposentos ao abrigo de enfermos, dando início às enfermarias, às farmácias e às hortas medicinais. No fim da Idade Média, surgiram as primeiras universidades para o ensino de Filosofia, Teologia e Medicina. Várias ordens religiosas foram fundadas com o objetivo de prover cuidados a pessoas enfermas.¹ As relações entre instituições religiosas e saúde mantêm-se até a atualidade, tanto no Brasil (p. ex., pastoral da infância, Santas Casas, instituições de longa permanência e outros hospitais filantrópicos) como pelo mundo.^{2,3} Recentemente, apesar de haver um movimento de maior percepção da importância do engajamento em atividades, instituições e práticas religiosas, três principais desafios impedem um envolvimento mais significativo entre a religião e a espiritualidade nas instituições de Saúde Pública: a percepção da primeira como um assunto privado, aspectos controversos sobre ela e a falta de espaço no meio acadêmico sobre a formação em religiosidade e espiritualidade (R/E) na Saúde Pública.⁴

Essa relação não se deu sem conflitos. Notadamente durante os séculos XIX e XX, houve muitas vezes um crescente distanciamento e hostilidade entre pessoas e instituições religiosas e científicas. A R/E passou, frequentemente, a ser tratada com desconfiança e de maneira negativa por intelectuais e cientistas de várias áreas do conhecimento. Na área da Psiquiatria e da Psicologia, a R/E foi regularmente associada (como causa e/ou sintoma) à neurose, à psicose e à imaturidade da personalidade, contudo, compreende-se que essas visões faziam parte de um complexo contexto sociocultural, muitas vezes refletindo mais as posições filosóficas e ideológicas de seus autores do que os resultados de pesquisas realizadas com rigor e qualidade. Além da carência de investigações sistemáticas sobre o assunto,⁵ também se propagava a convicção de que a R/E tenderia a sofrer um forte declínio ou mesmo desaparecer com o avanço da ciência e do progresso no decorrer do século XX.

Nas últimas décadas, houve um grande crescimento de estudos bem controlados e robustos sobre R/E, e suas relações com a saúde física e mental. Atualmente se sabe que a R/E se modificou, mas essa relação permanece bastante manifesta no mundo do século XXI. Dados recentes apontam que 84% da população mundial tem uma religião, sendo a sua maioria cristã (31,2%) e muçulmana (24,1%).⁶ No Brasil, a R/E mantém-se notadamente relevante. A recente pesquisa nacional do Datafolha⁷ demonstrou que 88% da população brasileira afirmaram ter uma religião, e, do percentual restante sem religião, 89% deles relataram acreditar em Deus. Em uma outra sondagem de amostra representativa da população nacional (n = 3.007), 83% dos entrevistados consideravam religião muito importante, sendo 37% deles frequentadores de cultos religiosos semanais (pelo menos 1 vez/semana).⁸

Na atualidade, há, literalmente, milhares de estudos apontando que maiores níveis de envolvimento religioso estão normalmente associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, melhor saúde física e mental.^{9,10} O maior nível de envolvimento religioso também tende a estar inversamente relacionado com depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, consumo e uso abusivo de álcool e drogas ilícitas.^{5,11,12} Habitualmente o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse ou em situações de fragilidade, como idosos, pessoas com deficiências e doenças clínicas. Por outro lado, a R/E também pode se associar a piores indicadores de saúde quando há ênfase em punição e culpa, conflitos religiosos, intolerância ou atitudes passivas diante de problemas.^{13,14}

O debate sobre as relações entre R/E e saúde é frequentemente influenciado por preconceitos e opiniões pessoais (favoráveis ou contrárias), sem uma análise das melhores evidências disponíveis. Como clínicos ou pesquisadores, a ênfase não deve incluir as próprias crenças e atitudes religiosas ou antirreligiosas, mas o quanto e como a R/E pode impactar a saúde da população e como pode ser abordada para benefício dos pacientes.¹⁵ A relevância do tema incentivou a Associação Mundial de Psiquiatria a publicar uma *Position Statement* sobre a importância de se considerar a R/E na pesquisa, no ensino e na prática clínica em Psiquiatria, ressaltando que essa abordagem no tratamento deve ser centrada no paciente e que os psiquiatras não devem inculcar opiniões de cunho secular ou espiritual.¹⁶

BASES PARA A INVESTIGAÇÃO DA RELIGIOSIDADE EM SAÚDE E SAÚDE MENTAL

Embora haja discordâncias nas definições de “religião” e “espiritualidade”, neste capítulo, “espiritualidade” será definida como a relação ou o contato com a uma realidade transcendente, que é considerada sagrada, a verdade última da realidade. Nesse sentido, a religião será compreendida como o aspecto institucional ou comunitário da espiritualidade, um conjunto compartilhado de crenças, experiências e práticas relacionadas com o sobre-humano e o divino. Sendo assim, resumidamente, entende-se a espiritualidade como algo mais amplo e pessoal, e a religião, como mais institucional e comunal, tendo um aspecto comum e fundamental: o sagrado e o transcendental.¹⁰ Allport e Pargament foram fundamentais para a pesquisa empírica sobre religiosidade, espiritualidade e saúde, que se estabeleceu a partir dos dois construtos teóricos seguintes:

- O primeiro construto, orientação religiosa, foi proposto por Allport e Ross (1967)¹⁷ e dividiu a religiosidade em intrínseca e extrínseca. Na religiosidade intrínseca, a religião é compreendida como uma força orientadora, ocupando um lugar central na vida do indivíduo e um fim em si mesma. Outras necessidades são consideradas secundárias e exercidas em harmonia com sua crença e orientação religiosa. Ao contrário, na religiosidade extrínseca, a religião é adaptada às necessidades e aos objetivos do indivíduo; ela é um meio utilizado para obter outros fins, como posição social, consolo, sociabilidade ou distração.^{14,17} Como ilustraram Allport e Ross, enquanto o religioso intrínseco vive para servir a Deus, o extrínseco vive para ser servido por Deus. Nota-se que aqueles que têm a religiosidade como aspecto central em sua vida, e não como um meio para realizar interesses pessoais, tendem a apresentar melhor qualidade de vida (QV) e soluções mais satisfatórias aos desafios vivenciados pela R/E¹⁸
- O segundo construto, *coping* religioso espiritual (CRE), foi proposto por Pargament et al. ao investigarem o modo como pessoas utilizam sua R/E para lidar com situações de doença, estresse e dificuldades em suas vidas. As estratégias de *coping* podem ser positivas (CRP), auxiliando no enfrentamento de condições adversas ou de estresse, com benefícios à saúde física e mental. Alguns exemplos de CRP: *coping* colaborativo (“faço minha parte e coloco o resto na mão de Deus”), senso de que os problemas têm um propósito benéfico (se Deus é justo e bom, o que está ocorrendo deve ter uma razão justa e deve proporcionar alguma lição ou outro aspecto positivo) e que tenho condições de superá-los (“Deus dá o frio conforme o cobertor”). Também envolve estratégias de oração, leitura sobre R/E, meditação e práticas religiosas comunitárias. Por outro lado, as estratégias de *coping* podem ser negativas (CRN), com um papel desfavorável no enfrentamento de situações adversas ou de estresse.^{14,18,19} Alguns exemplos são a utilização de crenças e práticas religiosas para justificar comportamentos prejudiciais à saúde, substituir cuidados médicos tradicionais,

induzir culpa, vergonha ou medo, pensamentos inapropriados, raiva, violência e preconceito. Outra estratégia de CRN é uma atitude passiva frente a problemas, delegando toda a solução de problemas a Deus ou outras entidades espirituais. Apesar de vários vieses, as principais tradições religiosas tendem a promover principalmente experiências humanas positivas de CRE.¹⁹

Dois outros conceitos compõem um dos conjuntos mais frequentemente utilizados para a investigação e mensuração do envolvimento religioso: a religiosidade organizacional (RO) e a religiosidade privada (RP). A primeira se refere à frequência aos serviços e aos encontros religiosos, sendo uma medida social da religião. Estudos que investigam essa dimensão da R/E apontam que, além de o aspecto social ou comunitário da religião estar fortemente associado a bem-estar e saúde, as evidências mais robustas estão fortemente relacionadas com a frequência a serviços religiosos.²⁰ A RP é o exercício individual da religiosidade, por meio da frequência de oração, meditação, leituras religiosas e ritos religiosos mediante os meios de comunicação social. A RP não requer interação com outras pessoas.²¹

Os efeitos da religião na vida de um indivíduo podem começar antes mesmo de seu nascimento (planejamento e visão de família, e perpetuação de história de vida de pais e avós), podendo continuar por toda a sua trajetória de vida. Por meio do envolvimento religioso, múltiplos fatores podem ser influenciados pela R/E, como aspectos psicológicos, sociais, comportamentais, ambientais e biológicos.²² Embora a relação entre saúde e R/E esteja bem estabelecida com base em robusta evidência, os mecanismos para essa associação continuam sendo um dos desafios da pesquisa e da teoria, pois explicam apenas parcialmente os efeitos da R/E na saúde, como, por exemplo, incentivar comportamentos e relacionamentos saudáveis (hábitos alimentares, uso de substâncias, comportamento sexual, criação de filhos, dentre outros), apoio social, sistema de crenças que dão significado à vida e ao sofrimento e mecanismos de *coping*.²³ Não há um fator ou mecanismo que, isoladamente, seja capaz de explicar como a R/E influencia a saúde. Esse fator ou mecanismo é um dos mais desafiadores e promissores temas da pesquisa atual.²⁴⁻²⁶

INVESTIGAÇÃO ACERCA DE RELIGIOSIDADE E TRANSTORNOS MENTAIS

A maioria dos estudos publicados sobre as relações entre R/E e saúde (80%) avalia temas associados à saúde mental.⁹ O Brasil tem se destacado no cenário científico internacional, em virtude da produção científica de qualidade nessa área.²⁷

A seguir serão abordados alguns destaques relevantes nessa área, como depressão, suicídio, ansiedade, transtorno bipolar do humor (TBH), uso abusivo de substâncias e, por fim, bem-estar/QV. Cada tópico apresentará uma revisão geral dos achados no tema, que será seguida pela breve descrição de alguns estudos que ilustram essas descobertas.

Depressão

O mais frequente e tratável dos transtornos mentais, e um problema de saúde em todo o mundo, sendo a principal causa de incapacidade laboral no planeta. Pesquisas sobre religião e depressão apontam o *coping*, tanto negativo como positivo, influenciando a modo de lidar com situações de estresse e sua influência sobre a ocorrência de depressão.

Em uma revisão extensa da literatura, foram identificados 272 estudos transversais sobre a relação entre depressão e religiosidade. Desses estudos, 63% apontaram uma associação significativa e positiva entre R/E e baixas taxas de depressão ou de sintomas depressivos; 22% não encontraram associação; 25% apontaram uma relação inversa entre R/E e depressão.²¹

Em um estudo clássico, religiosidade intrínseca esteve relacionada com a remissão mais rápida dos sintomas depressivos em 111 pacientes idosos internados em um hospital geral nos EUA, e as atividades RP e RO não apresentaram relação.²⁸

Em uma pesquisa brasileira com 143 pacientes internados deprimidos, a religiosidade intrínseca foi preditora de recuperação mais rápida, maiores resiliência e QV e menos tentativas prévias de suicídio.²⁹

A terapia cognitivo-comportamental adaptada para espiritualidade (TCCAE) tem como objetivo utilizar as próprias crenças, práticas e valores religiosos do paciente para auxiliar na resolução de questões relacionadas com a saúde mental. Essa integração tem o potencial de melhorar a qualidade da relação terapêutica, fortalecer a adesão ao tratamento e influenciar na capacidade individual de lidar com o sofrimento. A TCCAE consiste na adaptação dos protocolos usuais da terapia cognitivo-comportamental (TCC) a conteúdos religiosos centrados no paciente.³⁰

Evidências consistentes, provenientes de ensaios clínicos controlados, indicam que procedimentos de psicoterapia adaptados para a espiritualidade podem ser tão ou mais eficientes do que os considerados padrão.^{31,32} Essa prática pode promover benefícios em reestruturação cognitiva do paciente, motivação, estratégias de enfrentamento e tratamento de depressão e transtornos de ansiedade.³⁰

Transtorno bipolar do humor

Embora a literatura psiquiátrica frequentemente descreva associações entre TBH e R/E, uma revisão da literatura mostrou que são poucos os estudos bem controlados sobre o tema, e estes apontam que pacientes bipolares tendem a apresentar maior envolvimento com R/E, maior frequência de relatos de conversão e experiências de salvação e uso mais frequente de CRE que pessoas com outros transtornos mentais. Apesar da carência de pesquisas, há relatos frequentes de uma relação entre sintomas maníacos e experiências místicas.³³

Um estudo transversal com 334 pacientes portadores de TBH avaliou a associação de frequência à igreja e de oração, e formas subjetivas de envolvimento religioso, com estados de humor misto, maníaco e depressivo. Foram encontradas associações significativas entre taxas mais elevadas de indivíduos que oravam e meditavam em pacientes em estado misto, bem como menores

índices de indivíduos com essas práticas entre participantes eutímicos. A depressão e a mania não estiveram associadas ao envolvimento religioso.³⁴

Em um estudo brasileiro que investigou 168 pacientes ambulatoriais com TBH, a religiosidade intrínseca e as estratégias de CRP associaram-se a menos sintomas depressivos e melhor QV. CRN associou-se a menores escores no domínio psicológico.³⁵ Após 2 anos de acompanhamento longitudinal, inicialmente o CRP foi preditor para maiores níveis de qualidade de vida nos quatro domínios: físico, mental, social e ambiental. O CRN, embora bem menos frequente, foi um importante preditor de pior qualidade de vida nos domínios mental e ambiental, além de mais sintomas de mania.³⁶

O TBH e a R/E apresentam intensa e complexa inter-relação. A religiosidade mostrou ser um aspecto relevante na vida de pacientes com esse transtorno, devendo ser considerada pelos médicos ao avaliar e tratar seus pacientes. Estudos sobre práticas religiosas saudáveis, espiritualidade e recursos de *coping*, entretanto, merecem ser ampliados, bem como sua relação com o cumprimento do tratamento e as recorrências da doença, as intervenções psicoterápicas e a psicoeducação de base espiritual. Pesquisas longitudinais adicionais são necessárias para determinar a causalidade e as implicações terapêuticas desses achados.

Suicídio

Fenômeno multifatorial que sofre influências de aspectos biopsicossociais, como sexo, idade e doença física ou mental (principalmente depressão, TBH, esquizofrenia e uso abusivo de substâncias). Hoje em dia, há muitas evidências consistentes sobre a relação entre a R/E e o suicídio. Por envolver crenças, práticas e condutas, a R/E pode ser considerada um importante *coping* comportamental, com significativo potencial adjuvante contra o estresse e na superação de situações difíceis de vida.

Em uma revisão extensa da literatura, com 141 estudos quantitativos sobre a relação entre R/E e suicídio, 75% dos autores relataram que maior R/E se relacionava com menor ideação, tentativa ou consumação de suicídio.⁹ Em uma metanálise, índices superiores de R/E associaram-se a uma diminuição de 62% nas mortes por suicídio.³⁷

Em um estudo que investigou 164 pacientes brasileiros com TBH, aqueles indivíduos com maiores níveis de atividades RP e religiosidade intrínseca apresentaram menos tentativas de suicídio.³⁸

O maior e mais robusto estudo sobre esse tema acompanhou aproximadamente 90 mil mulheres por 14 anos nos EUA. Aquelas que frequentavam, pelo menos, 1 vez/semana uma instituição religiosa apresentaram um percentual de morte 6 vezes menor por suicídio do que as que nunca frequentavam. Esse resultado se manteve mesmo após o controle de grande quantidade de variáveis clínicas e sociodemográficas.²⁴

O suicídio é uma importante causa de morbimortalidade no mundo, e existem muitas evidências de que a R/E pode ajudar em sua prevenção, no entanto, ainda há uma carência de estudos que identifiquem os mecanismos pelos quais a R/E impacta o

comportamento suicida. Algumas hipóteses para esse efeito protetor são: a crença na vida após a morte e em Deus, a objeção moral ao suicídio (OMOS) e o fornecimento de modelos de enfrentamentos de situações difíceis.

Ao comportamento suicida e suas hipóteses, uma revisão da literatura encontrou evidências de que a OMOS (mais especificamente o medo de ir para o inferno ou uma situação *post mortem* desfavorável) foi um fator significativo na não consumação do suicídio.³⁹ Ainda sob essa perspectiva, outros estudos obtiveram achados semelhantes sobre a atitude de aceitação em relação à morte por suicídio estar relacionada com o planejamento e a tentativa de conclusão do ato.^{40,41}

Embora mais estudos precisem ser realizados, a crença na vida após a morte e a OMOS parecem ser mecanismos importantes pelos quais a R/E pode atuar na prevenção e na diminuição do risco de suicídio.^{39,40,42}

Ansiedade

Nas duas edições do *Handbook of Religion and Health*, 299 estudos sobre a relação entre R/E e ansiedade foram analisados. Destes, 49% relataram uma relação inversa entre R/E e ansiedade, ou a diminuição da ansiedade em resposta de uma intervenção baseada na R/E, e somente 11% encontraram uma relação proporcional.⁹

Em um artigo de revisão sistemática e metanálise⁴³ cujo objetivo foi avaliar o impacto das intervenções de R/E mediante ensaios clínicos randomizados, constatou-se que as ações fundamentadas em R/E apresentaram resultados significativos para a ansiedade ($p < 0,0001$). Terapias complementares e integrativas (baseadas em questões espirituais, como atenção plena e meditação) parecem diminuir os sintomas desse transtorno.^{44,45,46} A maioria dos estudos que investigaram a eficácia da R/E em tratar problemas de ansiedade teve seu foco nas técnicas de meditação e relaxamento, com vários deles apontando efetividade no tratamento. Em outro estudo, 92 pessoas com cefaleia vascular passaram por quatro tipos de meditação diferentes. Nos grupos de indivíduos que realizaram meditação espiritual, após 1 mês eles experimentaram significativa queda no estado de ansiedade quando comparados com os demais grupos que praticaram outro tipo de meditação.⁴⁷

As evidências baseadas em metanálises⁴³ e ensaios clínicos, elaborados para avaliar os efeitos das intervenções religiosas e espirituais na saúde mental, apontam benefícios clínicos, independentemente dos modelos adotados,⁴⁸ incluindo redução dos sintomas de ansiedade e estresse. R/E parece ser um fator protetor para transtornos de ansiedade, mas os achados ainda não são conclusivos, apresentando resultados controversos e necessitando de melhor desenvolvimento do método de pesquisa. Por esses motivos, estudos longitudinais prospectivos são indispensáveis para avaliar essa correlação, além de haver melhor aferição das dimensões de R/E que estão sendo analisadas, tendo em vista que esse fator pode influenciar a magnitude do efeito em relação à ansiedade. Diferentes tipos de ansiedade também necessitam ser avaliados, ao passo que os diferentes aspectos da R/E podem influenciar de modo distinto outras características da ansiedade.^{9,49}

Álcool e drogas ilícitas

Os problemas do uso nocivo do álcool e de drogas ilícitas são complexos, multifatoriais e estão relacionados com variados resultados adversos à saúde, como transtornos mentais, acidentes rodoviários e laborais, suicídio e violência. Para a realização da prevenção e do tratamento efetivo, centrado no paciente e com base na ciência, necessita-se de uma abordagem biopsicossocio-espiritual com o objetivo de promover os fatores positivos e reduzir os negativos dessas quatro dimensões.⁵⁰

A relação entre maiores níveis de R/E e menos consumo/uso abusivo de álcool e drogas ilícitas tem sido um dos achados mais robustos nas pesquisas.⁵⁰ Uma revisão da literatura⁹ encontrou 278 estudos quantitativos que examinaram a relação entre R/E e álcool: cerca de 86% deles relataram menos consumo/uso abusivo de álcool entre os indivíduos mais religiosos. Com relação ao uso e/ou abuso de drogas ilícitas, na mesma revisão foram encontrados 185 estudos, e 84% com baixos índices de uso por aqueles com maior R/E.

Nos EUA, a Pesquisa Nacional de Álcool realizada em três ondas (2000, 2005 e 2010) constatou que a alta religiosidade parece estar associada à abstinência alcoólica ao longo da vida e, nesse caso, foi considerada protetora contra o consumo prejudicial de álcool e de drogas ilícitas.⁵¹

Três estudos brasileiros envolvendo amostras representativas nacionais confirmaram que fatores religiosos estão fortemente associados a menor frequência de uso de drogas ilícitas, bem como indivíduos assíduos em serviços religiosos são menos suscetíveis a iniciar ou continuar fumando, fazer uso excessivo de álcool e outras substâncias.⁵²⁻⁵⁴ Um estudo qualitativo que investigou fatores protetores do uso de drogas entre adolescentes muito pobres, residentes em áreas violentas de São Paulo, apontou a religiosidade como o segundo principal fator, atrás somente do fator “família estruturada”, que, por sua vez, se associava à questão de a família ser religiosa. O estudo apontou que 81% dos não usuários de drogas ilícitas acreditam e praticam uma religião e apenas 13% dos usuários também seguem alguma doutrina.⁵⁵ Mais recentemente, em um estudo envolvendo mais de 500 dependentes de crack admitidos em comunidades terapêuticas, observou-se que o envolvimento religioso durante a infância e a adolescência tem relação com o início do consumo menos frequente de drogas ilícitas antes dos 18 anos, assim como um comportamento menor de fissura após parada do uso de crack.

INTERVENÇÕES BASEADAS EM RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE PARA COMBATER CONSUMO E USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS

No Brasil, um estudo qualitativo realizado em 21 instituições religiosas em São Paulo avaliou 85 indivíduos que estavam abstinentes há pelo menos 6 meses e usaram recursos religiosos não médicos para tratar a dependência de substâncias. A oração frequente, descrita como um meio de contato direto com Deus,

foi uma das principais estratégias para prevenir a recaída e controlar o desejo de consumo da droga.⁵⁶

Alcoólicos Anônimos (AA) são organizações de ajuda mútua, com um protocolo de 12 passos, com uma orientação espiritual baseada na crença da existência de um “poder superior” que incentiva o uso da oração e da meditação. Seis desses passos se referem de alguma maneira a esse “poder superior”,⁵⁷ e a recuperação do indivíduo após a finalização dos 12 passos é identificado como um “despertar espiritual”.⁵⁸ Uma metanálise recente, publicada pela Cochrane, analisou 27 estudos e relatou que a participação no AA demonstrou ser tão ou mais efetiva (índice de 25% superior de abstinências após 1 ano) do que as psicoterapias tradicionais mais eficazes.⁵⁹

Identificar os fatores protetores contra o consumo/uso abusivo de substâncias continua sendo um desafio, tendo em vista aspectos como sua aceitação social, custo-benefício e intervenções baseadas na ciência. Existem fortes evidências, entretanto, de que a R/E é um fator preventivo importante, com alto potencial de oferecer melhor sentido para a vida, com otimismo, compreensão do corpo como um instrumento divino, suporte social, promoção de modelos e uma explícita condenação do consumo/uso abusivo de substâncias.⁵⁰ Ainda são necessários mais estudos com o objetivo de avaliar o impacto das intervenções baseadas em R/E no processo de recuperação desses transtornos, mas algumas dessas, como os 12 passos usados nos AA, podem contribuir consideravelmente para cessação da condição e complementar o tratamento profissional.

Bem-estar e qualidade de vida

A partir da década de 1970, com o prolongamento da vida em várias situações de adoecimento grave, passou a ser importante medir e compreender como as pessoas viviam esses anos a mais. Investigar QV tornou-se um dos desfechos mais relevantes nas investigações envolvendo a R/E. Trata-se de um conceito amplo, incluindo vários aspectos da vida, como funcionamento emocional, social, físico e ambiental. QV tem relação com estado de saúde, incapacidade/deficiência, aspectos psicológicos, sociais e econômicos.⁶⁰

O bem-estar existe por uma continuidade de emoções que vão desde baixo bem-estar (em que sentimentos ruins como opressão, tristeza e infelicidade dominam), até um estado altíssimo de contentamento (felicidade genuína e prazer sustentados). Em vez de simplesmente existir e evitar a dor, o ser humano esforça-se para ter uma experiência de prazer, significado e sentir-se inteiro. Há muitos fatores que parecem influenciar os níveis de bem-estar psicológico e a QV, como, por exemplo, idade, nível educacional, *status* econômico, gênero, estado civil, convívio social, assim como fatores psicológicos como o otimismo, o propósito de vida, a alta autoestima e a esperança.²¹

Muitos estudos mostram uma forte correlação entre R/E, bem-estar e QV. Em duas revisões da literatura, foram encontrados mais de 200 estudos quantitativos, em que percentual maior de 70% aponta significativas relações positivas entre bem-estar e R/E. Dentre os 48 melhores estudos, 43 (90%) mostraram maior bem-estar entre pessoas mais religiosas.

Outra revisão da literatura pesquisou dados sobre as pesquisas relacionando QV e R/E. Os resultados demonstraram evidências consistentes dessa associação.⁶¹

A R/E pode influenciar o bem-estar de duas maneiras: diretamente (com atividades que deixam as pessoas felizes) ou indiretamente, com outras características que sabidamente influenciam o bem-estar. Observando-se os efeitos indiretos entre a religião e os fatores psicológicos, sociais e ambientais correlacionados com o bem-estar, constatou-se que pessoas religiosas ou espiritualizadas são menos propensas ao divórcio ou separação, com maior tendência a ter relações estáveis e a socializarem mais, e apontaram-se altos níveis de autoestima, sendo a fé um preditor importante para o otimismo e a esperança.⁹

Analisando-se os dados de uma amostra de idosos americanos, segundo a relação entre o significado da religião e a realização pessoal, tanto a frequência religiosa quanto a oração estiveram associados positivamente à satisfação pessoal. Quando o significado da religião foi adicionado ao modelo, percebeu-se um aumento da satisfação pessoal.⁶²

Muito já se conhece sobre fatores que influenciam o bem-estar e a QV, e a religiosidade positiva parece ser mais um fator relacionado, contudo, mais estudos são necessários, inclusive os de coorte, prospectivos e ensaios clínicos randomizados, para que se avaliem cuidadosamente essas variáveis, em diferentes populações, locais e religiões.

PRÁTICA CLÍNICA

Instituições como a Associação Médica Americana, a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais dos EUA (JCAHO) e a Associação Mundial de Psiquiatria já reconhecem que, para a boa prática clínica, a R/E deve ser avaliada e incorporada na avaliação global do paciente. Com base nisso, a Associação Mundial de Psiquiatria e suas afiliadas americana, brasileira, alemã, britânica, indiana e sul-africana, bem como a Associação Americana de Psicologia já apresentam seções específicas de R/E e ressaltam a importância de reconhecer e avaliar a R/E do paciente.

A seguir serão apresentados alguns princípios importantes para a abordagem da R/E na prática clínica. Para tanto, a abordagem será fundamentada em uma revisão publicada por nosso grupo,¹⁵ bem como no Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria¹⁶ e em uma recente revisão sobre a aplicação da espiritualidade na prática da TCC.^{16,30}

Entrevista espiritual

Para coletar dados para uma história espiritual, é preciso estar atento ao que a R/E representa na vida de cada paciente. Deve-se evitar raciocínios precipitados e, muitas vezes, estereotipados e apoiados apenas na filiação religiosa, sendo necessária uma avaliação global do paciente. As dimensões da espiritualidade podem incluir crenças, rituais, sensação de conexão transcendental, compreensões de Deus, implicações éticas, experiências místicas, práticas religiosas públicas e privadas, dentre outras.

Obter essas informações pode facilitar a exposição futura de novos assuntos correlacionados a essa dimensão, já que o paciente vai se sentir acolhido também nessa área para expor possíveis situações.

Diretrizes práticas

Para que sejam discutidas diretrizes práticas sobre a avaliação e a integração de R/E no tratamento de pacientes em saúde mental, inicialmente é importante enfatizar alguns princípios gerais a serem considerados ao se analisar e abordar a R/E, como:¹⁵

- Limites éticos: a abordagem dos aspectos de R/E deve ser centrada no paciente; não se pode prescrever, impor ou tentar influenciar as visões de mundo (espirituais ou antiespirituais) do paciente^{63,64}
- Coleta rotineira: a obtenção de informações sobre as crenças e práticas religiosas do paciente deve ser atualizada e compreendida, muitas vezes, como item essencial da coleta da história do paciente¹⁶
- Abordagem centrada na pessoa: compreende apreciar os componentes físicos, mentais e espirituais dos seres humanos, respeitando-se as crenças e práticas espirituais/religiosas de seus pacientes, familiares e cuidadores^{16,65}
- Contratransferência: estar atento às reações dos clínicos sobre as crenças ou a incredulidade dos pacientes⁶⁶
- Abordagem aberta e não dogmática (com interesse e respeito genuínos às crenças, aos valores e às experiências dos pacientes): pedir que compartilhem suas tradições e experiências de R/E é uma boa maneira de médicos demonstrarem preocupação genuína com os pacientes e seus valores
- Abertura: os profissionais da área da Saúde, independentemente de suas crenças pessoais, devem estar receptivos para trabalhar em conjunto com líderes ou membros da comunidade religiosa de seu paciente, visando ao seu bem-estar e à adesão ao tratamento
- Adaptação: considerando-se que muitas religiões ensinam que pensamentos, comportamentos e emoções de um indivíduo estão conectados e influenciam a sua ação e percepção do mundo, a proposta é adaptar as crenças, os valores e as práticas religiosas do paciente aos protocolos da TCC para auxiliá-lo na resolução de questões ligadas à sua saúde mental.³⁰

Exploração da religiosidade/espiritualidade

Pode ser introduzida após o paciente revelar que essa questão é importante para ele ou com questionamentos mais gerais e existenciais, como: “O que dá sentido à sua vida?”, “Quais são suas fontes de conforto e força quando você está lutando contra problemas?”, “O que te ajuda a lidar com sua doença?”⁶⁶ Se o paciente não for religioso ou espiritualizado, essas perguntas serão úteis para explorar sua visão de mundo.⁶⁷

Outra possível abordagem avalia a história sociocultural do paciente ou de seu desenvolvimento para descobrir sua R/E.

A maioria das avaliações e diretrizes recomenda a cobertura dos seguintes tópicos básicos:

- Fé e R/E geral: “Você é religioso, espiritualizado ou uma pessoa de fé? A espiritualidade (ou religião) é importante em sua vida?”
- Organizacional/comunidade: “Você faz parte de uma comunidade religiosa/espiritual? Participa de reuniões R/E? Quais atividades? Com que frequência?”
- Práticas privadas: “Você realiza alguma prática privada, como oração, meditação, leitura de textos religiosos ou assiste a programas ou ouve músicas de cunho religioso/espiritual? Quando? Com que frequência?”
- Impacto: “Sua R/E influencia a maneira como você vive a vida e lida com seu problema atual? Como? Algumas pessoas dizem que R/E os ajuda a lidar com problemas, e outros acham que R/E está relacionada com problemas e conflitos. Como a R/E afeta a maneira como você lida com seu problema atual? Como sua fé e comunidade religiosa veem seu problema e tratamento? Eles te apoiam, se opõem ou são neutros?”
- Abertura para outros aspectos ou necessidades de R/E: “Existem outros aspectos de R/E da sua vida que você gostaria de compartilhar? Você tem alguma outra necessidade espiritual que precise ser abordada?”⁶⁸

Há variados questionários estruturados em língua portuguesa (traduzidos e validados para o cenário brasileiro) disponíveis para serem usados também na prática clínica como em investigações científicas.⁶⁹ Exemplo de um desses instrumentos desenvolvidos e validados para o contexto brasileiro é a Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES; Tabela 3.1), que poderá contribuir para uma rápida avaliação do indivíduo.⁷⁰

Essa avaliação inicial de R/E pode revelar uma necessária exploração mais aprofundada do tema. As áreas que muitas vezes justificam um exame posterior incluem:

- Estilo de CRE e relacionamento com seu Deus ou poder superior, por exemplo, colaborativo *versus* passivo *versus* autodirigido⁷¹
- Preocupações morais sobre alguma decisão a tomar ou ações já realizadas. Isso também pode suscitar questões relacionadas com o (auto)perdão⁶⁶
- Possíveis fontes de sofrimento espiritual – CRN (p. ex., transferência de responsabilidade para Deus, atribuir todos os problemas ao demônio), uso de preceitos religiosos para justificar o abuso a esposa e filhos. Também é importante distinguir quando as crenças religiosas são as causas (p. ex., preceitos muito rígidos ou intolerantes que provocam uma culpa inadequada) ou consequências da psicopatologia (p. ex., culpa excessiva por estar com depressão)⁷²
- Recursos de cunho religioso/espiritual que os pacientes usaram ou desenvolveram ao longo de sua vida, pois podem ser úteis para lidar com os problemas atuais
- Experiências espirituais (mística, quase morte, fora do corpo, mediunidade) que podem mudar a vida, mas também podem ampliar o medo e as dúvidas, se elas não se encaixarem na visão de mundo anterior do paciente.⁷³

Tabela 3.1 Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES).

ARES	Discordo muito	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo muito
Acredito em algo sagrado, transcendental (Deus, uma força superior)	1	2	3	4	5
Meditação, oração, leituras e/ou contemplação são práticas que utilizo (ao menos uma delas) para me conectar com uma força espiritual além de mim	1	2	3	4	5
Já presenciei fatos/situações que me levaram a acreditar que existe algo além do mundo material	1	2	3	4	5
Minha fé ou minhas crenças espirituais me dão apoio no dia a dia	1	2	3	4	5
Minha espiritualidade me ajuda a ter um relacionamento melhor com os outros	1	2	3	4	5
Minha espiritualidade influencia minha saúde física e mental	1	2	3	4	5
Minha espiritualidade me incentiva a ajudar outras pessoas	1	2	3	4	5
Acredito em uma continuidade após a morte	1	2	3	4	5
Minhas crenças e valores espirituais direcionam minhas ações no dia a dia	1	2	3	4	5
Minha fé ou crenças espirituais dão sentido à minha vida	1	2	3	4	5
Práticas espirituais (p. ex., fazer orações, jejum, meditação ou outras) ajudam a manter ou melhorar minha saúde física ou mental	1	2	3	4	5

As experiências espirituais também podem se assemelhar a transtornos psicóticos e dissociativos, exigindo um diagnóstico diferencial cuidadoso.^{74,75}

- Desenvolvimento espiritual, por meio de experiências anteriores positivas e negativas sobre R/E que podem ter moldado a visão de mundo atual do paciente. Isso pode envolver vivências traumáticas com pais, familiares, líderes religiosos e outras pessoas importantes. É útil questionar o paciente sobre o ambiente (tradições religiosas ou seculares) em que o paciente foi criado e se concentrar também em mudanças significativas nas crenças ou práticas de R/E ao longo da vida.^{76,77}
- Conflitos com comunidades religiosas ou com ensinamentos religiosos específicos
- Crenças religiosas gerais sobre Deus ("Quais são as características mais significativas de Deus?" [punitivo × benevolente, distante × pessoal]);⁶⁶ ou sobre a vida após a morte.⁷⁸

CONCLUSÃO

R/E é um importante aspecto da vida da maioria das pessoas. Sua associação a saúde mental, QV, bem-estar psicológico, satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado já está bem estabelecida e embasada na ciência.

Foram apresentadas pesquisas e revisões da literatura que mostram as influências habitualmente favoráveis nos desfechos de saúde, como melhores saúde mental e QV, dentre outros não descritos neste capítulo, como, por exemplo, maiores sobrevida e cuidado com a própria saúde, além da associação frequente de R/E a menores índices de depressão, suicídio, transtornos de ansiedade e por uso de substância.

Foi apresentado um roteiro para a história espiritual e a avaliação e integração de R/E no tratamento de pacientes em saúde mental. O uso da história espiritual e a identificação dos mecanismos de *coping* religioso-espiritual são de grande importância para a atenção à saúde de pacientes religiosos.

Algumas questões ainda necessitam de mais estudos, como os mecanismos desse envolvimento e a ordem causal dessa relação, como R/E influencia outros tratamentos e como as informações obtidas podem ser usadas na conduta clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press; 2001.
- 2 Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faith-based health organizations to public health. Int Psychiatry. 2011;8(3):62-4.

- 3 Summerskill W, Horton R. Faith-based delivery of science-based care. *Lancet*. 2015;386(10005):1709-10.
- 4 Long KNG, Gregg RJ, VanderWeele TJ et al. Boundary crossing: meaningfully engaging religious traditions and religious institutions in public health. *Religions*. 2019;10(7):412.
- 5 Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):242-50.
- 6 Pew Research Center. The changing global religious landscape. 2017. Available from: www.pewforum.org/2017/04/05/the-changing-global-religious-landscape/. Accessed on: 06/10/2023.
- 7 Balloussier AV. Brasileiros vão menos à igreja e dão menos contribuições. *Folha de São Paulo, Datafolha*. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/06/datafolha-brasileiros-vaio-menos-a-igreja-e-dao-menos-contribuicoes.shtml>. Acesso em: 20/04/2023.
- 8 Moreira-Almeida A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(2):41-2.
- 9 Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2. ed. New York: Oxford University Press; 2012.
- 10 Moreira-Almeida A, Bhugra D. Religion, spirituality and mental health: setting the scene. In: Moreira-Almeida A, Mosquero BP, Bhugra D (eds.). *Spirituality and mental health across cultures – evidence-based implications for clinical practice*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2021.
- 11 Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283-91.
- 12 Bonelli R, Koenig H. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health*. 2013;52(2):657-73.
- 13 Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e saúde. In: Salgado MI, Freire G. *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte (MG): Inede; 2008. p. 427-43.
- 14 Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27:358-63.
- 15 Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36:176-82.
- 16 Moreira-Almeida A, Sharma A, Verhagen PJ et al. Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre espiritualidade e religiosidade em psiquiatria. *Revista RDP*. 2018;8(2):6-8.
- 17 Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Personal Soc Psychol*. 1967;5:432-43.
- 18 Abu-Raiya H, Pargament KI, Krause N. Religion as problem, religion as solution: religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Qual Life Res*. 2016;25(5):1265-74.
- 19 Pargament KI, Smith BW, Koenig HG et al. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Clin Psychol*. 2000;56(4):519-43.
- 20 VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Invited commentary: religious service attendance and implications for clinical care, community participation, and public health. *Am J Epidemiol*. 2022;191(1):31-5.
- 21 Koenig HG, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2 ed. New York: Oxford University Press; 2011.
- 22 Moreira-Almeida A, Mosquero BP, Bhugra D. *Spirituality and mental health across cultures – evidence-based implications for clinical practice*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2021.
- 23 Moreira-Almeida A. Religion and health: the more we know the more we need to know. *World Psychiatry*. 2013;12(1):37-8.
- 24 VanderWeele TJ, Li S, Tsai AL et al. Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(8):845-51.
- 25 George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychol Inq*. 2002;13(3):190-200.
- 26 Corrêa AAM, Moreira-Almeida A, Menezes PR et al. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(2):157-64.
- 27 Damiano RF, Costa LA, Viana MTS et al. Brazilian scientific articles on “spirituality, religion and health”. *Arch Clin Psychiatr*. 2016;43(1):11-6.
- 28 Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity remission of depression in medically ill older patients. *Am J Psychiatr*. 1998;155(4):536-42.
- 29 Mosquero BP, Rocha NS, Fleck MPA. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. *J Affect Disord*. 2015;179:128-33.
- 30 Abreu Costa M, Moreira-Almeida A. Religion-adapted cognitive behavioral therapy: a review and description of techniques. *J Relig Health*. 2022;61(1):443-66.
- 31 Anderson N, Heywood-Everett S, Siddiqi N et al. Faith-adapted psychological therapies for depression and anxiety: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2015;176:183-96.
- 32 Lim C, Sim K, Renjan V et al. Adapted cognitive-behavioral therapy for religious individuals with mental disorder: a systematic review. *Asian J Psychiatr*. 2014;9:3-12.
- 33 Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev Psiq Clínica*. 2009;36(5):190-6.
- 34 Cruz M, Pincus HA, Welsh DE et al. The relationship between religious involvement and clinical status of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2010;12(1):68-76.
- 35 Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2013;15(4):385-93.
- 36 Stroppa A, Colugnati FA, Koenig HG et al. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. *Braz J Psychiatry*. 2018;40(3):238-43.
- 37 Wu A, Wang JY, Jia CX. Religion and completed suicide: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):e0131715.
- 38 Caribé AC, Studart P, Bezerra-Filho S et al. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatients? *J Affect Disord*. 2015;186:156-61.
- 39 van den Brink B, Schaap H, Braam AW. Moral objections and fear of hell: an important barrier to suicidality. *J Relig Health*. 2018;57(6):2301-12.
- 40 Joe S, Romer D, Jamieson PE. Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(2):165-78.
- 41 Richardson-Vejlgaard R, Sher L, Oquendo MA et al. Moral objections to suicide and suicidal ideation among mood disordered Whites, Blacks, and Hispanics. *J Psychiatr Res*. 2009;43(4):360-5.
- 42 Lizardi D, Dervic K, Grunebaum MF et al. The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *J Psychiatr Res*. 2008;42(10):815-21.
- 43 Gonçalves JPB, Lucchetti G, Leão F et al. Avaliação da prática de terapia complementar espiritual/religiosa em saúde mental. *Revista RDP*. 2015;5(6):21-8.
- 44 Thrane S. Effectiveness of integrative modalities for pain and anxiety in children and adolescents with cancer: a systematic review. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2013;30:320-32.
- 45 Sankhe A, Dalal K, Save D et al. Evaluation of the effect of spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: a randomized controlled study. *Psychol Health Med*. 2017;1-6 [Epub ahead of print].
- 46 Kiran U, Ladha S, Makhija N et al. The role of Rajyoga meditation for modulation of anxiety and serum cortisol in patients undergoing coronary artery bypass surgery: a prospective randomized control study. *Ann Card Anaesth*. 2017;20:158-62.

- 47 Wachholtz AB, Pargament KI. Migraines and meditation: does spirituality matter? *J Behav Med.* 2008;31(4):351-66.
- 48 Gonçalves JPB, Lucchetti G, Menezes PR et al. Religiousness and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* 2015;45:2937-49.
- 49 Lucchetti G, Koenig HG, Lucchetti ALG. Spirituality, religiousness, and mental health: a review of the current scientific evidence. *World J Clin Cases.* 2021;9(26):7620-31.
- 50 Pinto AR, Moreira-Almeida A. Guidelines for integrating spirituality into the prevention and treatment of alcohol and other substance use disorders. *Braz J Psychiatry.* 2013;45(3):274-9.
- 51 Drabble L, Trocki KF, Klinger JL. Religiosity as a protective factor for hazardous drinking and drug use among sexual minority and heterosexual women: findings from the National Alcohol Survey. *Drug Alcohol Depend.* 2016;161:127-34.
- 52 Bastos FI, Bertoni N, Hacker M. Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(Suppl. 1):109-17.
- 53 Dalgalarondo P, Soldera MA, Correa Filho HR et al. Religion and drug use by adolescents. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(2):82-90.
- 54 Tavares BF, Beria JU, Lima MS. Factors associated with drug use among adolescents in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):787-96.
- 55 Sanchez ZV, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Cienc Saúde Coletiva.* 2004;9(1):43-5.
- 56 Sanchez ZM, Nappo as. Religious intervention and recovery from drug addiction. *Rev Saude Pública.* 2008;42(2):265-72.
- 57 Galanter M. Spirituality and recovery in the 12-step program: an empirical model. *J Subst Abuse Treat.* 2007;33:265-72.
- 58 Kelly JF, Stout RL, Magill M et al. Spirituality in recovery: a lagged meditational analysis of Alcoholics Anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcohol Clin Exp Res.* 2011;35(3):454-63.
- 59 Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;3(3):Cd012880.
- 60 Gazalle FK, Kapczinsk F. Qualidade de vida em pacientes bipolares. Fleck MPAF (org.). *A avaliação da qualidade de vida – guia para profissionais da saúde.* Artmed: Porto Alegre; 2008.
- 61 Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR et al. Quality-of-life and spirituality. *Int Rev Psychiatry.* 2017;29(3):263-82.
- 62 Krause N. Religious meaning and subjective well-being in later life. *J Gerontol.* 2003;58B(3):S160-70.
- 63 D'Souza RF, Rodrigo A. Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australas Psychiatry.* 2004;12:148-52.
- 64 Koenig HG. The spiritual history. *South Med J.* 2006;99:1159-60.
- 65 Cloninger CR. The importance of ternary awareness for overcoming the inadequacies of contemporary psychiatry. *Rev Psiquiatr Clin.* 2013;40:110-3.
- 66 Josephson AM, Peteet JR. Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies. *Psychiatr Clin North Am.* 2007;30:181-97.
- 67 Walsh F. Spiritual diversity: multifaith perspectives in family therapy. *Fam Process.* 2010;49:330-48.
- 68 Lunder U, Furlan M, Simoncic A. Spiritual needs assessments and measurements. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2011;5:273-8.
- 69 Lucchetti G, Lucchetti ALG, Vallada H. Measuring spirituality and religiosity in clinical research: a systematic review of instruments available in the Portuguese language. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(2):112-22.
- 70 Braghetta CC. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar espiritualidade: Escala de Atitudes Relacionadas à Espiritualidade (ARES) [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.
- 71 Phillips LL, Paukert AL, Stanley MA et al. Incorporating religion and spirituality to improve care for anxiety and depression in older adults. *Geriatrics.* 2009;64:15-8.
- 72 Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry.* 2013;12:26-32.
- 73 Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV: psychoreligious and psychospiritual problems. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180:673-82.
- 74 Moreira-Almeida A, Cardeña E. Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(Suppl 1):s21-8.
- 75 Menezes Jr. A, Moreira-Almeida A. Differential diagnosis between spiritual experiences and mental disorders of religious content. *Rev Psiquiatr Clin.* 2009;36:75-82.
- 76 Huguelet P, Mohr S, Betrisey C et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. *Psychiatr Serv.* 2011;62:79-86.
- 77 Mohr S, Gillieron C, Borrás L et al. The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195:247-53.
- 78 Flannelly KJ, Ellison CG, Galek K et al. Belief in life-after-death, beliefs about the world, and psychiatric symptoms. *J Relig Health.* 2012;51:651-62.

VOL. 3

CIRURGIA PLÁSTICA

PRINCÍPIOS E PRÁTICAS

Organizador

Marilho Tadeu Dornelas



COLEÇÃO
Cirurgia Plástica
Princípios e Práticas

Copyright © da Editora CRV Ltda.
 Editor-chefe: Railson Moura
 Diagramação e Capa: Designers da Editora CRV
 Imagem de Capa: @alinasheikh21 | @aiw09 | Freepik
 Revisão: Os Autores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
 CATALOGAÇÃO NA FONTE
 Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

C578

Cirurgia plástica: princípios e práticas / Marilho Tadeu Dornelas (organizador) – Curitiba:
 CRV, 2025.
 420 p. (Coleção: Cirurgia plástica: princípios e práticas, v. 3)

Bibliografia
 ISBN Coleção Digital 978-65-251-6636-0
 ISBN Coleção Físico 978-65-251-6635-3
 ISBN Volume Digital 978-65-251-6633-9
 ISBN Volume Físico 978-65-251-6632-2
 DOI 10.24824/978652516632.2

1. Medicina 2. Cirurgia plástica reconstrutiva 3. Técnicas estéticas 4. Estudantes de
 medicina I. Dornelas, Marilho Tadeu, org. II. Título III. Coleção: Cirurgia plástica: princípios e
 práticas, v. 3

CDU 617.9

CDD 617

Índice para catálogo sistemático
 1. Cirurgia Plástica - 617

2025

Foi feito o depósito legal conf. Lei nº 10.994 de 14/12/2004
 Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV
 Todos os direitos desta edição reservados pela Editora CRV
 Tel.: (41) 3029-6416 – E-mail: sac@editoracrv.com.br
 Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

CAPÍTULO 14 – IMAGEM CORPORAL.....	291
<i>Juliana Fernandes Filgueiras Meireles</i> <i>Maria Elisa Caputo Ferreira</i>	
CAPÍTULO 15 – O PREPARO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS E ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PUBLICAÇÃO.....	309
<i>Daniela Francescato Veiga</i> <i>Joel Veiga Filho</i>	
CAPÍTULO 16 – A REDESCOBERTA DA ALMA PELA CIÊNCIA.....	321
<i>André Avarese Figueiredo</i>	
CAPÍTULO 17 – MEDICINA E ESPIRITUALIDADE.....	337
<i>Victoria Alexandre Silva de Almeida</i> <i>Bárbara Franco Pedretti Claro</i> <i>Alexander Moreira Almeida</i>	
CAPÍTULO 18 – CIRURGIA PLÁSTICA: A ARTE E A CIÊNCIA.....	351
<i>Iriê Salomão de Campos</i>	
CAPÍTULO 19 – ÉTICA E PUBLICIDADE MÉDICA.....	361
<i>Alexandre Kataoka</i> <i>Andréa do Amaral Quieregatto do Espírito Santo</i> <i>Paulo Rogério Quieregatto do Espírito Santo</i>	
CAPÍTULO 20 – MARKETING AGREGANDO VALOR À CARREIRA DO CIRURGIÃO PLÁSTICO.....	371
<i>Cristiano Derze Coppus</i>	
CAPÍTULO 21 – EDUCAÇÃO E PLANEJAMENTO FINANCEIRO PARA MÉDICOS RECÉM-FORMADOS.....	383
<i>Fabricio Carvalho Torres</i> <i>Matheus Ribeiro Martinez</i>	
CAPÍTULO 22 – PERSPECTIVAS FUTURAS DA CIRURGIA PLÁSTICA.....	395
<i>Lydia Masako Ferreira</i> <i>José da Conceição Carvalho Júnior</i>	
ÍNDICE REMISSIVO.....	405
SOBRE OS AUTORES.....	411

Artigos publicados em periódicos com revisão por pares:

ALMEIDA, V. A. S. *et al.* Religiosity and spirituality in coping with suicide grief: A review. **International Journal of Social Psychiatry**, [s. l.], 2025. doi: 10.1177/00207640251345508

Capítulos de livro publicados:

ALMEIDA, V. Medicina e Espiritualidade. *In*: DORNELAS, M. T. **Cirurgia plástica: princípios e práticas**. Editora CRV, 2025. ISBN: 6525166322.

ALMEIDA, V. Religião, Espiritualidade e Transtornos Mentais. *In*: MELEIRO, A. M. A. S. **Psiquiatria: estudos fundamentais**. 2. ed. [S. l.]: Manole, 2024. ISBN: 9788527739887.

Livros publicados:

ALMEIDA, V. **De sobrevivente, para sobrevivente**: seu guia na vivência do luto por suicídio. São Paulo: UICLAP, 2024. ISBN: 9786501081816.

Apresentações em eventos científicos:

II Congresso Baiano de Prevenção e Pósvenção do Suicídio (2024) – Conferência: Suicídio e Espiritualidade (convidada).

III Semana Acadêmica de Psicologia – UFJF (2024) – Conferência: Grupo de apoio aos enlutados pelo suicídio (convidada).

V Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio (2024) – Comunicação oral: A religiosidade e espiritualidade no enfrentamento do luto por suicídio.

ANEXO A – Índice de religiosidade da Universidade Duke

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

- (1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
1. Mais do que uma vez por semana
 2. Uma vez por semana
 3. Duas a três vezes por mês
 4. Algumas vezes por ano
 5. Uma vez por ano ou menos
 6. Nunca
- (2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
1. Mais do que uma vez ao dia
 2. Diariamente
 3. Duas ou mais vezes por semana
 4. Uma vez por semana
 5. Poucas vezes por mês
 6. Raramente ou nunca
- A seção seguinte contém 3 frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.*
- (3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
- (4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade
- (5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.
1. Totalmente verdade para mim
 2. Em geral é verdade
 3. Não estou certo
 4. Em geral não é verdade
 5. Não é verdade

Reasons for Living Scale (Portuguese version)

UNIVERSIDADE DE WASHINGTON
CLINICA DE PESQUISA E TERAPIA COMPORTAMENTAL
Linehan et. al., 1983.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA
Baptista & Gomes, 2012

Escala de razões para viver

INSTRUÇÕES: Muitas pessoas já pensaram em suicídio pelo menos uma vez. Outros nunca o consideraram. Se você pensou nisso ou não, nós estamos interessados nas razões que você teria para **não** cometer suicídio se o pensamento lhe ocorreu ou se lhe foi sugerido por alguém.

Nas páginas seguintes há razões dadas por pessoas do porque não cometer o suicídio. Nós gostaríamos de saber o quão importante cada uma dessas possíveis razões seriam para você, a essa altura de sua vida, como uma razão para não se matar. Por favor, dê sua avaliação no espaço a esquerda de cada questão.

Cada razão pode ser avaliada de 1 (Sem importância) a 6 (Extremamente Importante). Se uma razão não se aplica a você ou se você não acredita que o tópico seja verdadeiro, então ele não é assim tão importante você deve colocar (1). Por favor use toda a gama de escolhas e não somente as opções do meio (2,3,4,5) ou somente as extremidades (1,6).

Em cada espaço, coloque o número para indicar a importância para você de cada razão para não se matar.

1. Sem importância (como uma razão para **não** me matar, ou isso não se aplica a mim, eu não acredito em tudo isso).
2. Não tão importante.
3. Algo sem Importância.
4. Pouco importante.
5. Muito importante.
6. Extremamente Importante (Como uma razão para **não** me matar, eu creio muito nisso, e isso é muito importante).

Mesmo que você nunca tenha, ou realmente acredite que você nunca considerou seriamente se matar, é realmente muito importante que você avalie cada razão. Nesse caso, considerando a base de **porque se matar não é ou não seria nunca uma alternativa para você**.

Em cada espaço coloque um número para indicar a importância para você de não se matar.

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. Sem importância. | 4. Pouco importante. |
| 2. Não tão importante. | 5. Muito importante. |
| 3. Algo sem Importância. | 6. Extremamente Importante. |

- _____ 1. Eu tenho uma responsabilidade e compromisso com a minha família.
- _____ 2. Eu acredito que posso aprender a ajustar ou lidar com meus problemas.
- _____ 3. Eu acredito que tenho controle sobre minha vida e destino.
- _____ 4. Eu tenho o desejo de viver.
- _____ 5. **Eu acredito que apenas Deus tem o poder de encerrar uma vida.**
- _____ 6. Eu tenho medo da morte.
- _____ 7. Minha família pode acreditar que eu não os amei.
- _____ 8. Eu não acredito que as coisas se tornam tão miseráveis e sem esperança suficiente para que eu preferisse estar morto.

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Sem importância. | 4. Pouco importante. |
| 2. Não tão importante. | 5. Muito importante. |
| 3. Algo sem importância . | 6. Extremamente Importante. |
-

- ☐ 9. Minha família depende de mim e precisa de mim.
☐ 10. Eu não quero morrer.
☐ 11. Eu quero ver o crescimento de meus filhos.
☐ 12. A vida é tudo o que temos e é melhor do que nada.
☐ 13. Eu tenho planos futuros, estou almejando a realização dos mesmos.
☐ 14. Não importa o quão ruim eu me sinta, eu sei que isso não vai durar.
☐ 15. Tenho medo do desconhecido.
☐ 16. Eu amo e curto tanto minha família, que eu não poderia viver sem eles.
☐ 17. Eu quero experimentar tudo o que a vida tem para me oferecer e há muitas experiências que eu ainda não tive e que eu quero ter.
☐ 18. Tenho medo que meu método de me matar possa falhar.
☐ 19. Eu me preocupo o suficiente sobre mim mesmo para viver.
☐ 20. A vida é tão bela e preciosa para acabar com ela.
☐ 21. Não seria justo deixar as crianças para outros tomarem conta.
☐ 22. Eu acredito que eu posso achar outras soluções para meus problemas.
☐ 23. **Tenho medo de ir para o inferno.**
☐ 24. Eu tenho amor a vida.
☐ 25. Eu sou muito estável para me matar.
☐ 26. Eu sou um covarde e não tenho coragem de fazê-lo.
☐ 27. **Minhas crenças religiosas proíbem isso.**
☐ 28. O efeito sobre os meus filhos pode ser prejudicial.
☐ 29. Eu sou curioso em saber o que vai acontecer no futuro.
☐ 30. Eu vou machucar muito minha família e eu não quero que eles sofram.
☐ 31. Estou preocupado com o que os outros pensariam de mim.
☐ 32. Eu acredito que tudo tem um jeito de trabalhar para o melhor.
☐ 33. Eu não conseguiria decidir onde, quando e onde fazê-lo.
☐ 34. **Eu considero isso moralmente incorreto.**
☐ 35. Eu ainda tenho muitas coisas a fazer.
☐ 36. Eu tenho coragem de encarar a vida.
☐ 37. Estou contente e satisfeito com minha vida.
☐ 38. Tenho medo do "ato" real de me matar (a dor, sangue, violência)
☐ 39. Eu acredito que me matar não seria realmente realizar ou resolver nada.
☐ 40. Eu tenho esperança que as coisas vão mudar e o futuro será mais feliz.
☐ 41. Outras pessoas pensariam que eu sou fraco e egoísta.
☐ 42. Eu tenho um impulso interior para sobreviver.
☐ 43. Eu não gostaria que as pessoas pensassem que eu não tive controle sobre minha vida.
☐ 44. Eu acredito que eu possa encontrar um propósito na vida, uma razão para viver.
☐ 45. Não vejo nenhuma razão para se apressar a morte.
☐ 46. Eu sou tão incapaz que o meu método não funcionaria.
☐ 47. Eu não gostaria que minha família se sentisse culpada depois.
☐ 48. Eu não gostaria que minha família pensasse que eu fui covarde ou um egoísta.

ESCALA CRE-BREVE – 14 – (ESCALA DE *COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL ABREVIADA)

ESPERANDIO, M.R.G; ESCUDERO, F.T.; FERNANDES, M.L.; PARGAMENT, K.I.

Religions **2018**, 9(1), 31; doi:10.3390/rel9010031

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você. Neste momento, pense na situação de maior estresse/sofrimento que você viveu nos **últimos três anos**. Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante** que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita). Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, marque um "X" no número (1)

Se você tentou **um pouco**, marque um "X" no número (2)

Se você tentou **mais ou menos**, marque um "X" no número (3)

Se você tentou **bastante**, marque um "X" no número (4)

Se você tentou **muitíssimo**, marque um "X" no número (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada! Marque só uma alternativa em cada questão!

	Nem um pouco/não se aplica ①	Um pouco ②	Mais ou menos ③	Bastante ④	Muitíssimo ⑤
1. Procurei uma ligação maior com Deus	①	②	③	④	⑤
2. Procurei o amor e a proteção de Deus	①	②	③	④	⑤
3. Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva	①	②	③	④	⑤
4. Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus.	①	②	③	④	⑤
5. Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação.	①	②	③	④	⑤
6. Pedi perdão pelos meus erros (ou pecados)	①	②	③	④	⑤
7. Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas.	①	②	③	④	⑤
8. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado	①	②	③	④	⑤
9. Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé	①	②	③	④	⑤
10. Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar	①	②	③	④	⑤
11. Questionei o amor de Deus por mim	①	②	③	④	⑤
12. Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado.	①	②	③	④	⑤
13. Cheguei à conclusão que forças do mal atuaram para isso acontecer	①	②	③	④	⑤
14. Questionei o poder de Deus	①	②	③	④	⑤

PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE - FACULDADE DE MEDICINA
Eugênio do Nascimento, s/n – Dom Bosco – CEP 36038-330 – Juiz de Fora – MG
Tel. (32) 2102-3848 e-mail: ppgs.medicina@ufjf.edu.br - <http://www.ufjf.br/ppgsaude>

QUESTIONÁRIO – PERFIL DOS EGRESSOS
(Plataforma Sucupira – CAPES)

Nome: Victoria Alexandre Silva de Almeida _____

PPG Saúde Curso: (☒) Mestrado (☐) Doutorado

Para os alunos que possuem vínculo empregatício

1 - Tipo de vínculo empregatício

- (☐) CLT
- (☐) Servidor Público
- (☐) Aposentado
- (☐) Colaborador
- (☐) Bolsa fixação

2 - Tipo de Instituição (empresa) do vínculo empregatício atual

- (☐) Instituição de ensino e pesquisa
- (☐) Empresa pública ou estatal
- (☐) Empresa privada
- (☐) Outros _____

3 – Expectativa de Atuação

- (☐) Ensino e Pesquisa
- (☐) Empresa
- (☐) Profissional autônomo
- (☐) Outras _____

4- Há expectativa de atuação na mesma área de titulação do curso concluído em 2015?

- (☐) Sim
- (☐) Não

- Para os alunos que NÃO possuem vínculo empregatício

1– Expectativa de Atuação

- (☒) Ensino e Pesquisa
- (☐) Empresa
- (☒) Profissional autônomo
- (☐) Outras _____

2- Há expectativa de atuação na mesma área de titulação do curso

- (☒) Sim
- (☐) Não