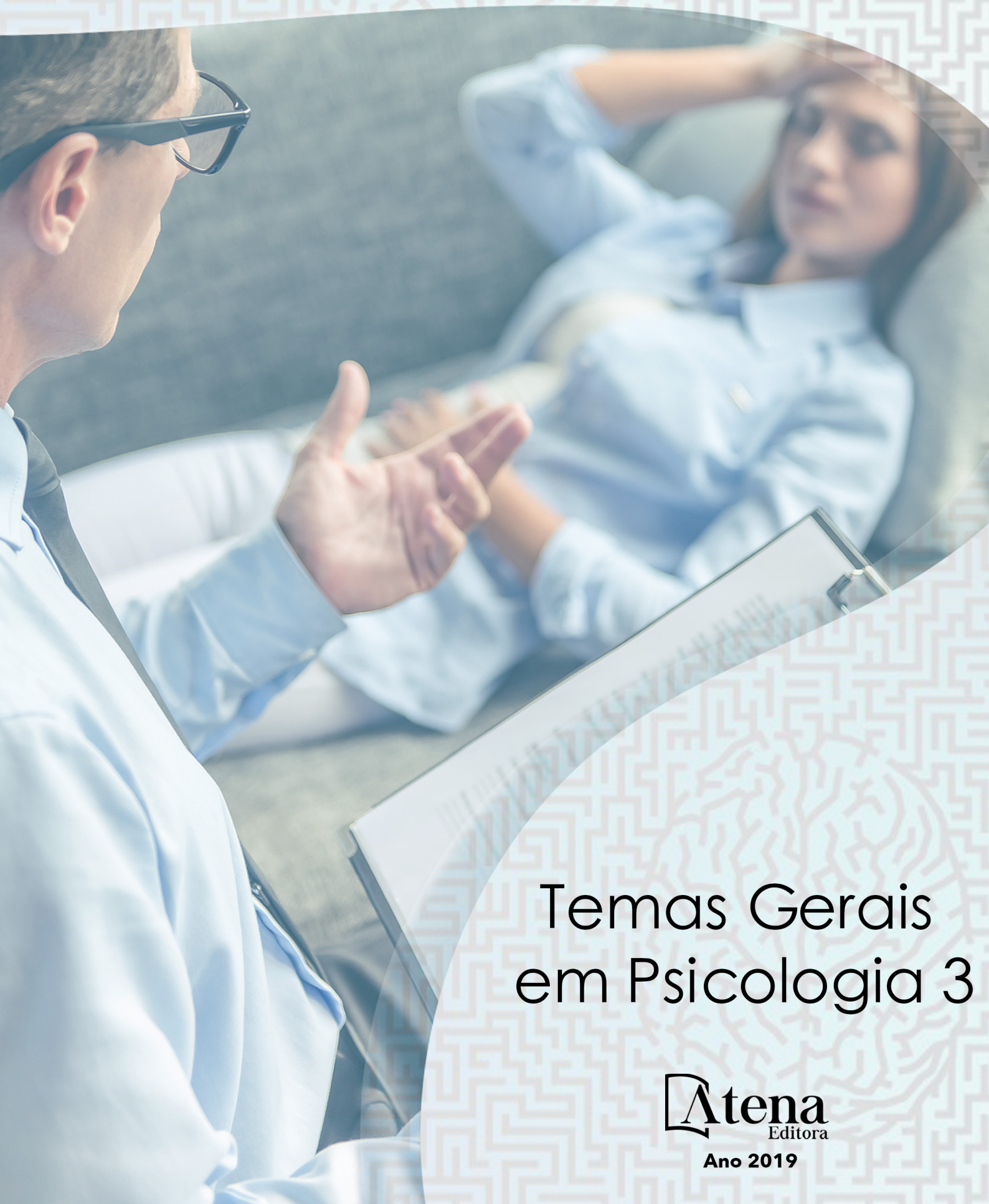


**Janaina Merhy  
(Organizadora)**



# Temas Gerais em Psicologia 3

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

**Janaina Merhy**  
(Organizadora)

# **Temas Gerais em Psicologia 3**

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação e Edição de Arte:** Lorena Prestes e Geraldo Alves

**Revisão:** Os autores

### Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall'Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Profª Drª Juliane Sant'Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

T278 Temas gerais em psicologia 3 / Organizadora Janaina Merhy. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Temas gerais em psicologia; v. 3)

Formato: PDF

Requisitos do sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-207-4

DOI 10.22533/at.ed.074192603

1. Psicologia. I. Merhy, Janaina. II. Série.

CDD 150

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

Na contemporaneidade, a cada dia novos desafios se apresentam ao campo da Psicologia; ou talvez possamos dizer que a cada dia os psicólogos e psicólogas, em suas diversas frentes de trabalho e observação, corajosamente lançam seu olhar aos mais variados fenômenos do século XXI.

Antigos papéis já não têm espaço na sociedade que começamos a desvendar. Antigas respostas, teorias ou técnicas, não resolvem mais grande parte das perguntas; é uma nova problemática, uma nova lógica, há uma nova tessitura. A Psicologia certamente não tem todas as novas respostas, mas entende que o momento é de acolher as demandas, ouvir os sujeitos, pesquisar, questionar e formular não só propostas, mas, antes de mais nada, ajudar a fazer as perguntas que podem servir de bússola para a transformação que precisamos desenvolver.

Nesta obra, encontramos o questionamento sobre como é a experiência plural de ser mulher nos dias de hoje, qual o lugar da mulher na pesquisa, no campo do trabalho. Tantas décadas após o início luta feminista por espaço social, quais as conquistas? Qual a expectativa? Como é esta experiência?

E o que acontece quando pensamos no adolescente, fazendo a passagem por esta etapa turbulenta do desenvolvimento sem o amparo de uma sociedade minimamente responsiva? O que fazer para reduzir os conflitos destrutivos na escola, a violência exposta e descontrolada? É possível entender esta violência adolescente, as infrações, como uma nova forma de subjetivação? Quase que uma estratégia de sobrevivência frente às condições apresentadas à infância e juventude? E pensando nestas condições ofertadas às crianças, o que acontece com os sujeitos com necessidades educacionais específicas? Como tem funcionado o processo de inclusão escolar, como a Psicopedagogia pode ajudar a minimizar o fracasso escolar nestes casos?

São muitas investigações que encontramos em **Temas Gerais em Psicologia 3**, novas perguntas que tentamos elaborar para compreender uma nova realidade. Na área da formação universitária, quanto os futuros psicólogos sabem sobre a atuação do acompanhante terapêutico? E quanto as demandas de um curso de Medicina podem gerar estresse nos jovens universitários?

Se os desafios atuais são imensos, o que pode ajudar o sujeito contemporâneo a transitar pelo mundo tal qual ele se apresenta? A atividade física e os esportes são um antigo remédio que mantém seu potencial benéfico e pode ajudar muito na redução do mal-estar causado por um dos principais sintomas dos dias atuais, a ansiedade. Será que outro remédio antigo, a religiosidade, pode ajudar e servir como fator de proteção contra o suicídio e depressão?

Mais do que nunca é preciso manter em mente a constituição humana, biopsicossocial e espiritual, entendemos que nenhuma resposta será efetiva sem que a complexidade do ser humano seja vislumbrada. Os questionamentos são múltiplos e este é o maior sinal de que as soluções estão a caminho.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A ATUAÇÃO DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO PARA ACADÊMICOS DE UM CURSO DE PSICOLOGIA NO INTERIOR DE MATO GROSSO DO SUL	
<i>Fernanda Castilho da Silva Moura</i> <i>Felipe Maciel dos Santos Souza</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0741926031</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>11</b>
DA INFRAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA E NOVOS MODOS DE SUBJETIVAÇÃO	
<i>Priscila Souza Vicente Penna</i> <i>Ana Maria Loffredo</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0741926032</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>27</b>
ESTRESSE NOS ESTUDANTES DOS 3º ANOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL TRES FRONTEIRAS, CIUDAD DEL ESTE, PARAGUAI 2016	
<i>Viviane Barbosa da Silva</i> <i>Taciana Ramos de Albuquerque</i> <i>Elnatã Pedra Vitorino</i> <i>Felipy Cezar de Paula</i> <i>Gigliely Gonçalves Gomes Lima</i> <i>Jessica Correa Freitas</i> <i>Joannes Magnus Borges Pinheiro</i> <i>Maycon Pereira Gonçalves</i> <i>Nilsa Elizabeth Gonzalez</i> <i>Elder Oliveira da Silva</i> <i>Pasionaria Rosa Ramos Ruiz Diaz</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0741926033</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>39</b>
INTERFACE ENTRE A PSICOPEDAGOGIA E O PROCESSO DE EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS EDUCACIONAIS INCLUSIVAS	
<i>Sandra Lia de Oliveira Neves</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0741926034</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>47</b>
OS BENEFÍCIOS DO ESPORTE COMO PRATICAR COMPLEMENTAR DA PSICOLOGIA	
<i>Fernanda Gonçalves da Silva</i> <i>Luiz Carlos Bernardino Marçal</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0741926035</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>54</b>
RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE COMO UM PROVÁVEL ELEMENTO DE PROTEÇÃO À PRÁTICA DO SUICÍDIO	
<i>Airilço Chaves Nantes</i>	
<b>DOI 10.22533/at.ed.0741926036</b>	

**CAPÍTULO 7 ..... 80**

SER MULHER, SER PESQUISADORA E SER PSICÓLOGA: REFLEXÕES SOBRE O LUGAR SOCIAL DA MULHER NA CIÊNCIA E NA PROFISSÃO

*Andréa Moreira Lima*

**DOI 10.22533/at.ed.0741926037**

**CAPÍTULO 8 ..... 87**

VIOLÊNCIA INTERNA E CIRCUNDANTE À ESCOLA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, ADOLESCÊNCIA, PERTENCIMENTO E IDENTIDADE

*Samuel Cabanha*

*Irani Batista de Araújo*

**DOI 10.22533/at.ed.0741926038**

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 100**

## RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE COMO UM PROVÁVEL ELEMENTO DE PROTEÇÃO À PRÁTICA DO SUICÍDIO

**Airilço Chaves Nantes**

**RESUMO:** A temática do suicídio é um fenômeno muito complexo, multideterminado, difícil de investigar, cada caso tem por detrás de si um universo a ser descortinado. As referências bibliográficas consultadas identificaram que o suicida busca na morte uma saída para questões difíceis da vida, tendo como pano de fundo a questão da vida versus morte, da presença versus ausência, tornando o ato um fenômeno um tanto enigmático. O Brasil é um país laico, mas a população é religiosa, pois, de acordo com o IBGE (2012), 92% dos brasileiros pertencem a alguma vivência religiosa formal, organizada ou privada. Procedimento metodológico: Os principais referenciais teóricos para a produção deste artigo foram com base em publicações, artigos, dissertações e teses que apontaram a Religiosidade/Espiritualidade como fator de prevenção à prática suicida. O interesse pela Religiosidade/Espiritualidade como eixo de pesquisa no campo da psicologia tem crescido, levando os profissionais a perceberem a presença, importância e influências do fenômeno religioso na vida e bem-estar dos pacientes atendidos. Objetivo: Esta pesquisa objetivou identificar que dimensão religiosa não se desvincula da vida da pessoa, que quando ela procura ajuda psicológica, ela

continua tendo suas vivências de religiosidade/espiritualidade. Identificamos que o psicólogo é mais um, dentre tantos agentes que compõem o cenário da vida da pessoa que solicita ajuda. Se o objetivo de toda intervenção psicológica é o bem-estar da pessoa, vivências de religiosidade/espiritualidade podem atuar como um provável fator de ajuda contra o suicídio. Alguns resultados e discussões: Estudos acerca de R/E mostram uma associação positiva da religiosidade como fator de proteção ao suicídio por se apresentar como suporte social, por inferir uma objeção moral contra o suicídio e por fornecer modelos de enfrentamento. As referências bibliográficas indicaram que vivências religiosas/espirituais provocam emoções positivas como esperança, gratidão, solidariedade, senso de pertença, entre outros, e estas vivências influenciam para uma melhor saúde mental. Possíveis conclusões: As bibliografias consultadas revelaram que vivências religiosas corroboram para que as pessoas mais religiosas apresentem baixo índice de suicídio devido a coesão social, não necessariamente no que se refere ao seu conteúdo, mais na rede e suporte de apoio que esta gera.

**PALAVRAS-CHAVE:** religiosidade/espiritualidade, saúde, suicídio.

## INTRODUÇÃO

Pretendeu-se, neste breve artigo pesquisar o fenômeno do suicídio e como vivências de Religiosidade/Espiritualidade podem atuar como fatores protetores à prática suicidada. Conforme Montenegro (2012), o suicídio é um fenômeno que apresenta causas multifatoriais, como aspectos biológicos, psicológicos, ambientais, além do contexto social-histórico-situacional e cultural.

De acordo com Aguiar (2017) o suicídio é um ato humano de por fim a própria existência e a tentativa de suicídio é todo ato de tentar cessar a própria vida, porém sem consumação.

Conforme Aguiar (2017), é de grande importância não reduzir, não simplificar o ato suicida, pois ele se configura como sendo um fenômeno social, caracterizado como um grande importante problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que houve um aumento de 60% nas taxas mundiais de suicídio nos últimos 45 anos, principalmente entre jovens do sexo masculino e em idade economicamente ativa.

Segundo as pesquisas (Minayo; Cavalcante, 2015), as taxas de suicídio nas últimas décadas têm aumentado, sendo essa situação um problema de saúde pública em âmbito global. No Brasil, o Ministério da saúde (2006) elaborou um manual de prevenção do suicídio para que os profissionais de saúde tenham ferramentas mínimas para poder atuar junto aos pacientes que adentram o serviço público com este fenômeno.

O objetivo deste artigo é propor que vivências religiosas podem atuar como elementos de prevenção do suicídio para tanto faremos uso de pesquisa bibliográfica em forma de revisão narrativa investigando em artigos, livros, dissertações e teses que versam sobre o fenômeno religioso e sua associação positiva com a prática protetiva contra o suicídio.

Como ponto de partida para o nosso estudo apontamos que o suicídio pode ser prevenido, avaliaremos os fatores mencionados na literatura identificando o fenômeno religioso como algo presente no cotidiano das pessoas, principalmente em situações de sofrimento e angustia.

A dimensão religiosa sempre se fez presente e atuante desde os primórdios da humanidade podendo ser encontrada em “registros históricos e arqueológicos como sistema de crenças e valores pessoais, fazendo parte tanto da edificação de culturas, quanto da constituição psíquica do sujeito” (FERREIRA, 2014, p. 7).

Há casos de interpretação espiritual ou religiosa para problemas de percepção ou de comportamento como influência de demônios ou outros espíritos nas atividades cotidianas. Esclarecimentos religiosos para problemas psicológicos como, culpabilidade, principalmente no campo da sexualidade, alimentada por doutrinas religiosas ou diretamente por líderes religiosos tendem a esclarecer pouco, podendo ser causa de dano.



As vivências de religiosidade/espiritualidade são importantes aliadas das pessoas que sofrem/ ou estão doentes, mas, para Fabrega, (2000), a medicina ocidental como um todo e a psiquiatria em especial tem tido duas posturas principais em relação ao tema: a) Negligência, por considerar esses assuntos sem importância ou fora de sua área de interesse principal; b) Oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidência de psicopatologias diversas Sims (1994).

Os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade não são consensuais, embora pareçam idênticos, ambos possuem especificidades próprias. O dicionário Oxford define espírito como a parte do homem imaterial, intelectual ou moral.

A espiritualidade levanta questões a respeito do significado da vida, da razão de viver, não se limitando a crenças ou práticas. Ao passo que a religião é defendida como a crença na existência de um poder sobrenatural, criador, controlador do universo, que conferiu ao homem uma natureza espiritual, imputa-lhe normas, ritos, doutrina e uma estruturação da vida em seus pormenores.

A religiosidade é a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica, estando ou não ligado a uma religião institucional. Ainda que haja uma considerável sobreposição entre a noção de espiritualidade e de religiosidade, eles diferem entre si na medida em que, na religiosidade, há uma clara sugestão de um sistema de adoração e doutrina específica que é partilhada com um grupo.

As vivências religiosas pessoais se inserem no cenário dos valores que um indivíduo sustenta e que “formam sobreposição com o conceito de espiritualidade, pois as crenças pessoais não são, necessariamente, de natureza imaterial, como no caso do ateísmo” (FLECK, 2008, p. 93).

Algumas bibliografias por nós acessada (BERTOLOTE, 2012; BORGES, 2014; SALVADOR, 2015; VERISSIMO, 2015; FALEIROS & BORGES & FREITAS, 2016) indicam que práticas religiosas/espirituais tendem a associar melhor saúde mental e física. Segundo Fleck (2008), entre 225 relatos de pesquisas sobre religião e saúde física, a maioria encontrou resultados positivos em relação a dor, debilidade física, doenças coronárias, pressão sanguínea, enfarto, função imune, função neuroendócrina, doenças infecciosas, câncer e mortalidade.

De acordo com Koenig (2001), dos quase 850 estudos que examinaram religiosidade e saúde mental, a maioria endossa que a primeira está associada a maior satisfação de vida e bem-estar, maior senso de propósito e significado de vida, maior esperança e otimismo, maior estabilidade nos casamentos, menor índice de abuso de substâncias, menos ansiedade e depressão.

Para Koenig (2001), há quatro possíveis situações para associar R/E e melhor saúde mental, que são: a) As experiências religiosas/espirituais fornecem uma cosmologia que confere sentido às vivências, sejam elas positivas ou negativas; b) As vivências religiosas/espirituais evocam emoções positivas; c) As religiões fornecem rituais que facilitam, ressignificam e conferem sentido as maiores transições da vida( adolescência, casamento, morte); d) As crenças religiosas/espirituais atuam como

agentes de controle social, direcionam e estruturam comportamentos.

Sendo assim, Ross (1995), entende que a dimensão espiritual atua como resposta a três componentes basicamente necessários à existência humana que são: a) Encontrar significado, razão e realização na vida, pois se uma pessoa se sente incapaz de encontrar um sentido pra viver, sofre devido ao sentimento de vazio e desespero; b) Responder a pergunta pela esperança, pela vontade para viver; c) Outro desejo tipicamente humano é a vivencia da fé em si mesmo, nos outros e em algo que seja superior a ela próprio.

Este levantamento bibliográfico identificou que há muitos trabalhos já existentes sobre vivencias de religiosidade/espiritualidade como promotoras de bem estar subjetivo, mais que este tema é pouco discutido na academia, dado o grau de sua importância.

As pesquisas de (BOTEGA, 2006; BERTOLOTE, 2012) indicaram que os potenciais fatores protetores envolvem bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos

Para Ferreira (2014), os fatores de risco ao suicídio envolvem perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, conflitos familiares, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, doenças graves, ter acesso fácil a meios letais. Os principais fatores de risco, entretanto, são os transtornos mentais (como por exemplo, depressão, alcoolismo, entre outros) e as tentativas de suicídio prévias (WHO, 2003).

O fenômeno religioso como elemento de proteção contempla três conceitos principais que são: “crença em uma força superior, reconhecimento da imortalidade e atualização do eu (amor próprio, aceitação encontrar significado na vida e na doença” (FLECK, 2008, p. 182).

Em nossos dias assistimos a uma verdadeira explosão religiosa, desde combates entre fundamentalismos no Oriente, o surgimento de novas denominações religiosas, indicando que a religiosidade/espiritualidade faz parte do cotidiano das pessoas.

Vivencias de religiosidade e espiritualidade, para Ferreira (2014), possui implicações diretas com a saúde de modo que no final da década de 1980 a OMS aprofundou as investigações nessa área acrescentando a dimensão espiritual no “conceito multidimensional de saúde, remetendo a questões como significado e sentido da vida, e não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa” (ALVES, 2015, p. 76).

A OMS (1989) já não hesita em considerar a pessoa humana como um ser bio-psico-sócio-espiritual, não sendo possível desconsiderar a dimensão religiosa dos indivíduos, uma vez que esta contribui na construção de práticas sociais, de promoção e cuidados com a saúde física e mental das pessoas de um modo geral.

Pesquisas de Kutcher & Chehil (2007) apontaram que a religião pode exercer desde funções punitivas até funções protetivas conforme já indicaram as pesquisas

de Durkeim, indicando que a realidade religiosa possui fortes elementos de coerção social.

Conforme Ferreira (2014), as religiões tradicionais continuam desaprovando o ato suicida, entretanto, sem aplicar sanções aos indivíduos. As religiões tornaram-se mais acolhedoras da pessoa humana, oferecendo rede de apoio social e dessa forma, podem ser consideradas também um fator posventivo, protetivo da pessoa que tentou o suicídio, bem como de seus familiares.

Pesquisas (MELEIRO; TENG; WANG, 2004) indicaram que os indivíduos de um modo geral, para o enfrentamento das dificuldades da vida através da crença em um Ser superior conferem significado às crises vivenciadas, bem como a existência da vida após a morte e a própria desaprovação ao ato suicida, fornecem forças, ou uma espécie de choque para que a pessoa continue lutando pela vida.

Textos de (PAIVA, 2000, 2002; RIBEIRO, 2004, 2009; AQUINO, 2005; ÁVILA, 2007; BELZEN, 2009; CHOPRA & MILODINOV, 2012; CAVALHEIRO, 2014; FLECK, 2015), apontam que há um certo consenso entre cientistas sociais, filósofos e psicólogos em afirmar que vivências religiosas são um importante fator de significação, ordenação da vida, sendo fundamental em momentos de maior impacto na vida das pessoas.

Estudos de (PANZINI, 2007; DALGALARRONDO, 2008; RIBEIRO, 2011; ALETTI, 2012; KOENIG, 2012; GOBATTO, 2013), perceberam que as vivências religiosas “estão associadas à melhor qualidade de vida, com melhores resultados para as pessoas que estão se recuperando de doença física e mental, ou que tenham menores alternativas de recursos sociais e pessoais” (ALVES, 2015, p. 362).

As vivências de religiosidade, conforme (DALGALARRONDO, 2008; COSTA, 2013), influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento, problemas vitais, “proporcionando à pessoa maior aceitação, firmeza, adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e uma imagem positiva de si mesmo” (SALGADO & FREIRE, 2008, p. 5).

A relevância da relação entre religiosidade/espiritualidade como a saúde mental passou a receber maior ênfase no final da década de 1980, quando a OMS aprofundou as investigações nessa área incluindo o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde, remetendo a questões como sentido da vida, e não apenas como crença ou prática religiosa.

Um aspecto relacionado com religiosidade e saúde diz respeito ao apoio social e psicológico que as lideranças religiosas fornecem às pessoas a um crescimento e maior bem-estar pessoal, auxiliando assim na administração de situações limites, uma vez que a religiosidade é considerada um recurso psicossocial de promoção à saúde mental.

A partir da década de 1980, como vimos logo acima, o homem passa a ser considerado como “bio-psico-socio-espiritual, com uma visão mais integrada, reconhecendo a relação da espiritualidade com as outras dimensões da vida, tendo o bem-estar espiritual como uma experiência de fortalecimento de apoio” (MARQUES,

2003, p. 57).

Conforme (KOENIG, 2005,2012,2013; STROPPA, 2008; MOREIRA-ALMEIDA, 2013; PAIVA, 2013), a dimensão religiosa/espiritual é uma realidade que propõem um referencial positivo para o enfrentamento de situações de sofrimento, promovem e estimulam um estilo de vida saudável, uma visão mais positiva da vida com ênfase na esperança de dias melhores, bem-estar, entre outras atitudes que geram uma boa qualidade de vida, criando assim uma situação de proteção, de fortalecimento.

Algumas pesquisas realizadas (FLECK, 2003; AQUINO, 2009; LUCCHETTI, 2011; KOENIG, 2013); indicaram que maiores níveis de envolvimento religioso “estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, com satisfação com a vida, com afeto positivo felicidade, melhor saúde física e mental” (FERREIRA, 2014, p. 30).

Para (DURKHEIM, 1983; PESSINI, 2007; FLECK, 2008; DALGALARRONDO, 2008; PAIVA & ZANGARI, 2010); apontaram que pessoas mais religiosas e espiritualizadas fazem a experiência de integração com um grupo onde são aceitas, sentem-se incluídas, vivenciam a saída de uma situação de anonimato, podendo assim compartilhar experiências dolorosas e uma vez sentindo-se parte amenizam suas fragilidades, fazendo com que se sintam mais fortes, aptas para enfrentar as situações estressantes que próprias e inerente à existência humana.

Segundo Dalgalarrondo (2008) a presença do elemento religioso no modo de construir, enfrentar e vivenciar o sofrimento mental auxiliam no enfrentamento de situações de estresse, ficando claro a estratégia do coping religioso-espiritual. Coping é uma palavra inglesa sem tradução literal em português, que pode significar lidar com, manejar, enfrentar ou adaptar-se a determinada situação limite.

De modo geral o coping religioso é o modo como as pessoas manejam o estresse, utilizando a religião/espiritualidade “como suporte para enfrentar desafios, frustrações e sofrimentos, além de melhorar consideravelmente a saúde e o bem estar subjetivo” (NEGREIROS, 2014, p. 275).

Todas estas questões sobre a dimensão religiosa não indicam nem querem apontar a realidade religiosa como verdade absoluta, mas apenas mencionar que a mesma é uma realidade importante, presente no cotidiano das pessoas e das sociedades em todos os tempos por propor e fomentar formas do indivíduo agir no mundo interferindo nas escolhas diárias, principalmente diante de experiências limites e conflitivas.

A influência positiva das vivências de religiosidade sobre a saúde pode ser causada devido à mobilização de energias e iniciativas que fortalecem o indivíduo, fazendo com que ele tenha condições de lidar mais eficazmente com suas situações limites.

Ainda que espiritualidade e religiosidade sejam termos sinônimos, interligados, estes mesmos também possuem especificidades próprias. Vejamos cada um destes termos.

## CLAREANDO MELHOR DOIS CONCEITOS: ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Estudos de (CAMBUY & AMATUZZI & ANTUNES, 2006; MOREIRA-ALMEIDA & LOTUFO NETO & KOENIG, 2006; PANZINI & BANDEIRA, 2007; FREITAS, 2015; PAIVA, 2015) identificaram que pacientes mais religiosos apresentavam melhores desfechos clínicos que os que não possuem vivência religiosa.

Uma das descobertas mais significativas da contemporaneidade é a separação entre espiritualidade e religião. Enquanto a religião está necessariamente vinculada às instituições, ritos, normas, tendendo a se tornar dogmáticas, legalistas e autoritárias, a espiritualidade tende a ser mais livre, pessoal e tem florescido fora das grandes religiões já institucionalizadas.

Para Koenig (2011), a espiritualidade ultrapassa os limites da religião, da cultura, se caracteriza pela fé, pela busca pessoal de respostas que proporcionam ao indivíduo a compreensão de questões sobre sua vida, sua relação com o sagrado, com as demais pessoas, com a natureza e consigo mesmo.

Para “William James (1902), espiritualidade poderia ser o conjunto de sentimentos, sensações, atos, experiências de um indivíduo em contato com ele próprio, em relação com o que ele considera divino” (SALGADO, 2008, p. 287).

De acordo com Koenig (2011), ainda que haja várias definições sobre espiritualidade, elas possuem elementos que comuns, dentre eles destacam-se: sensação de conexão com outros indivíduos, com uma transcendência, relação com o universo através da vida, vivências estas geradoras de paz, alívio e bem estar interior.

O conceito de religiosidade utilizado por nós neste artigo não se baseará em qualquer sistema religioso institucionalizado, pois se assim o fosse cairíamos no equívoco de limitar muito tal conceituação.

Religiosidade conforme (AMATUZZI, 2003; ANCONA-LOPES, 2008, NEUBERN, 2013; PAIVA, 2015) é entendida como extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião, podendo ser organizacional (participação no templo religioso) ou não organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão).

Conforme (RIBEIRO, 2004, 2009; ALETTI, 2008; NEUBERN, 2013<sup>a</sup>), a “visão religiosa continua presente em todos os estratos sociais como parte importante da compreensão do processo saúde-doença no enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças mais graves” (VASCONCELOS, 2010, p. 12).

Temos nessa constatação aquilo que pelo senso comum já se cogitava, ou seja, que práticas religiosas tornam a vida mais suportável, capaz de ser vivida apesar das adversidades, proporcionando-lhes um certo sentido e significado.

A religiosidade “proporciona busca pessoal de sentido, conexão com a totalidade, aceitação de um princípio transcendente ao indivíduo e a este mundo, ênfase no aspecto experiencial (PAIVA, 2015, p. 08)”, provocando maior aceitação, firmeza, adaptação a situações difíceis, gerando paz, autoconfiança e uma imagem positiva de si mesmo.

As práticas religiosas sempre acompanharam a humanidade desde os seus primórdios, sempre se fizeram presente no cotidiano das pessoas e eram aliadas no combate ao sofrimento, a dor e a morte.

Conforme (BOFF, 2001; CAMON-ALGERAMI, 2004; ANCONA-LOPES, 2008; AQUINO, 2014; DITTRICH; MEIRELES, 2015), a religiosidade pode estar associada a maior bem-estar, melhor prognóstico de transtornos mentais e menores taxas de suicídio, delinquência, abuso de drogas e de mortalidade geral, além disso, a investigação sobre a religiosidade e a espiritualidade nos proporciona uma melhor compreensão do ser humano, independentemente de nossa postura perante o assunto e crenças enquanto pesquisadores.

Crenças religiosas, segundo Paiva (2015), influenciam o modo como as pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento, problemas vitais, proporcionando à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança e uma imagem positiva de si mesmo.

Segundo Ávila (2007) as vivências religiosas constituem uma realidade psíquica complexa, na qual se integram sentimentos, atitudes e razões, atingindo dois níveis, um pré-racional, mais intuitivo e emocional, e um segundo momento no qual se articulam os conteúdos dessa experiência de forma razoável e referendada por uma forma de vida.

É possível distinguir religiosidade de espiritualidade compreendendo que a religiosidade não é um “estado emocional, uma necessidade interna, o que seria próprio da espiritualidade, mas sim prática de rituais, regras estabelecidas pela religião” (MANO, 2016, p. 55), pois uma pessoa pode ser religiosa sem vinculação a um estado de espírito ou a uma vivência espiritual, estando ligada geralmente à prática de comportamentos aprendidos, repetidos, oriundos da religião.

Sendo assim, uma pessoa religiosa não se caracteriza obrigatoriamente como um indivíduo espiritualizado, assim como um indivíduo espiritualizado pode não estar vinculado a práticas religiosas, pois na religiosidade, não há necessariamente uma relação direta com o transcender, o que é próprio e se aplica a espiritualidade como um processo diário, relacional, consigo mesmo, com o outro ou com o Divino.

Ainda que os termos religiosidade e espiritualidade possuem diferenciações e especificidades, ambos indicam para a busca da experiência do homem com aquilo que o transcende, fato este que para Goto (2004) incluem muitas vivências da condição humana enfatizando o modo de vida religioso e a sua importância na existência humana.

Para Mano (2016), as vivências religiosas são inerentes ao homem, porque é nela que se realiza o diálogo do ser humano com o mundo, com o significado último das coisas e do homem em relação ao sagrado.

## A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA

Conforme Paiva (2015), qualidade de vida é um termo relativamente recente, referido ao bem-estar físico e/ou mental da pessoa, de modo geral, a sua saúde, sendo possível notar nessa definição uma certa contraposição a quantidade de vida, que não deixa de continuar um problema para várias populações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), para Paiva (2015) definiu qualidade de vida como percepção que as pessoas têm de sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais, de valores que ela está inserida, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e interesses, sendo possível agregar recursos disponíveis em termos individuais, físicos e psíquicos, sociais e também em termos de alguma forma transcendentais ao indivíduo e ao grupo, isto é, em termos espirituais ou religiosos.

As vivências religiosas vão além do indivíduo, do grupo, conectam a pessoa com totalidades abrangentes “podendo ser estabelecidas por via das religiões que apontam um pólo sobre-humano de referência, de natureza pessoal, ou por via das espiritualidades, tributárias de fontes religiosas ou de fontes naturais” (PAIVA, 2015, p. 07)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Desde a década de 1970, ao se abordar o tema do bem estar e satisfação pessoal é importante incluir a questão da qualidade de vida (QV), pois ela se relaciona com a saúde.

Na década de 1980, na tentativa de ampliar o conceito de qualidade de vida percebe-se que além de associar o termo QV a saúde, também seria importante considerar o aspecto da subjetividade, pois a dimensão subjetiva “se relaciona a compreensão de experiências anteriores, estado mental, personalidade e expectativas de um indivíduo influenciam a avaliação de sua qualidade de vida” (LOUREIRO, 2015, p. 35).

Este conceito de saúde é um avanço e um importante passo na tentativa de centralizar o olhar não mais apenas sobre a doença e sim sobre estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e espiritualidade, enfim, focalizar em realidades que geram saúde e bem estar.

Ainda que não seja possível haver um conceito sobre qualidade de vida entre as pesquisas de FLECK (2005); MOREIRA-ALMEIDA (2010); MANO (2016) e PAIVA (2015) admitem que tal realidade é algo complexo, multidimensional e comporta fortes elementos subjetivos.

Mesmo não havendo consenso, a OMS propõem que se entenda a qualidade de vida como sendo a “percepção do indivíduo sobre sua posição no mundo, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (VILLARTA, 2010, p. 122).

Sendo assim, religiosidade/espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de qualidade de vida sendo, na verdade, uma de suas dimensões.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um projeto para elaborar um “instrumento que avaliasse a qualidade de vida dentro dessa perspectiva sistêmica e lhe atribuiu o nome de *WHOQOL-100*, um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões” (PASKULIN, 2011, p. 21).

A partir desta metodologia demais instrumento foram criado para medir a qualidade de vida: uma versão abreviada (*WHOQOL-breve*), uma versão para avaliar a população que convive com o HIV (*WHOQOL-HIV*), uma versão para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (*WHOQOL-SRPB*) e uma versão para avaliar a população idosa (*WHOQOL-OLD*).

Pesquisadores em antropologia, dentre eles (PANZINI, 2004, GIUMBELLI 2012; GUERREIRO, 2014; TONIOL, 2015) indicaram que saúde mental, teologia e conhecimentos específicos sobre as principais religiões do mundo desenvolveram o *WHOQOL-100* com uma ênfase no domínio 6 (espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais).

Este estudo teve em Genebra seu centro tinha como meta elaborar uma metodologia que fosse possível “ser aplicável a qualquer pessoa com qualquer crença religiosa ou não, com exceção dos itens adicionais referentes a religiões específicas” (FLECK, 2003, p. 449).

Os resultados obtidos a partir da aplicação da escala que mede o grau de religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais dos indivíduos identificou que um grande número de pessoas valoriza suas crenças, buscam nela o sentido para suas vidas, encontram na religiosidade uma estratégia de enfrentamento para lidar com dificuldades que estão além de suas capacidades de resolução.

Um outro elemento importante oriundo das vivências religiosas identificaram que a “religiosidade ajuda a aceitar o sobrenatural, que existe vida após a morte, aliviando os medos, as perdas e culpas e gerando um maior bem estar subjetivo, pois a pessoa se acalma diante das situações conflituosas” (COSTA, 2012, p. 34).

Sendo assim a associação entre qualidade de vida e o aspecto da religiosidade/espiritualidade estão em união, pois quando se percebe que determinadas situações na vida possuem um sentido, que a crença gera uma força, que estas vivências operam como uma rede de apoio e impulsiona a pessoa a continuar sua existência de um modo mais suportável e feliz.

Em algumas pesquisas, como as de (STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; VALCANTI, 2012; TONIOL, 2014, 2015, 2016), envolvendo religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida evidenciou-se que a vivência religiosa/espiritual está “associados positivamente com indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado) e com menos depressão, ideação e comportamento suicidas e abuso de drogas e álcool”( COSTA, 2012, p. 39), elementos estes indispensáveis para a saúde física, mental e qualidade de vida.



## SUICÍDIO: UM BREVE PANORAMA SOBRE O TEMA

Platão (387 a. C), no Fédon, sustentava que o homem, uma vez sendo pertença dos deuses, estes “se zangam tanto com o suicídio humano, quanto os homens se zangam com o suicídio de seus escravos” (BERENCHTEIN, 2007, p. 14).

Aristóteles era mais intolerante ao suicídio por considerá-lo uma ofensa contra o Estado, do ponto de vista religioso, poluía a cidade, economicamente, enfraquecia o Estado ao destruir um cidadão útil, sendo assim, suicidar-se constituía-se uma grande irresponsabilidade social.

Houve um período em que os gregos tinham tanta abominação pelos que se suicidavam que “os cadáveres sofriam uma série de penalidades, a mão do sujeito era geralmente enterrada separada de seu corpo, como algo alheio ao indivíduo e que lhe causou mal” (BERENCHTEIN, 2007, p.15).

Mas, como a cultura se modifica e refaz seus conceitos, conforme Berenchtein (2007), posteriormente os mesmos gregos começaram a ter pelo suicídio uma certa tolerância chegando ao ponto de algumas cidades manterem uma reserva de veneno para aqueles que defendessem seus motivos perante o senado para obtivessem permissão oficial para se suicidar e tivessem o veneno para fazê-lo.

Há autores que compararam o suicídio de Sócrates com a morte de Jesus, pois ambos “optaram por entregar a vida como uma forma de protesto, e para ambos renunciar a própria morte e manter-se na existência significava renunciar a todos os seus princípios e ideais que em vida defenderam” (BERENCHTEIN, 2007, p. 24).

Tertuliano, um grande escritor antigo, via na morte de Cristo uma forma de suicídio e também considerava Sócrates e Cristo dois suicidas por uma causa nobre.

Passando do período medieval à Modernidade, vemos que há profundas mudanças de paradigmas que afetam a compreensão e relação com a temática do suicídio. Com uma ênfase no indivíduo, dentre tantos, encontramos nesta época, John Donne (1610), que escreve a primeira obra Inglesa de defesa ao suicídio onde expõe que em todos os tempos, em todos os lugares, sob todas as circunstâncias, homens de todas as condições desejaram-no e sentiram-se inclinados a praticar o suicídio.

Para Donne (1610), em lugar algum da Bíblia, o suicídio é condenado, o que há é apenas a proibição de não matar, sendo assim não seriam pecado, pois os milhares de homicídios na guerra, nas execuções capitais, o martírio voluntário, ou a morte de Cristo seria um suicídio. Donne rebate também a argumentação de Agostinho de que Sansão teria recebido apelo divina para tal feito.

Após a Reforma Protestante, o julgamento dos casos de suicídio deixa de ser departamento canônico, todos os decretos referentes ao suicídio passam a ser pertencentes à lei civil e “se começa a perceber que não se pode ser precipitado, rigorosos, pois a misericórdia julgará melhor, por isso as punições aplicadas às suas famílias, passam a ser entendidos como gestos bárbaros e estúpidos” (BERENCHTEIN, 2007, p. 37).

Em sua etimologia, a palavra suicídio deriva do latim *sui de si e caedere*, matar, designando a morte de si próprio. O percurso histórico e conceitual do termo “começa em 1717, quando pela primeira vez Desfontaines utilizou este termo para designar o ato deliberado pelo qual um indivíduo possui a intenção e provoca a sua própria morte” (COSTA, 2013, p. 6).

Posteriormente, no final do século XIX, como fruto do progresso, da industrialização, da instrução e da civilização, o francês Émile Durkheim, através de um estudo de caso sobre o suicídio, definiu o fenômeno como sendo “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pelo indivíduo” (COSTA, 2013, p. 7).

Uma vez que “religião é um objeto de estudo dos mais complexos, uma vez que tal fenômeno humano é ao mesmo tempo experiencial, psicológico, biológico, sociológico, antropológico, histórico, político, teológico e filosófico” (DALGALARRONDO, 2008, p. 32), logo, várias abordagens desse fenômeno humano envolveriam diferentes espécies da vida coletiva e individual.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), “em 2020, se mantidas as condições atuais, cerca de 1,53 milhões de pessoas morrerão por suicídio e em todo o mundo acontecerá uma morte por suicídio a cada 20 segundos” (FERREIRA, 2015, p. 13).

As mortes por suicídio tem crescido muito nos últimos anos, o Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios, “um dado preocupante é que entre 2000 e 2012, houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo observado um aumento de mais de 30% em jovens” (BOTEGA, 2006, p. 231), perpassando todas as faixas etária e classes sociais.

Vários estudiosos sobre o suicídio concebem-no como uma tragédia pessoal, mas também como um problema social preocupante de modo que o Ministério da saúde vê o suicídio como um sério problema de saúde pública, reconhece que a prevenção é uma tarefa muito difícil, por isso criou uma estratégia nacional de prevenção a partir de 2006, envolvendo uma série de atividades em diferentes níveis, promovendo a qualificação permanente das equipes de saúde.

A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida e as taxas de suicídio vêm aumentando globalmente estimando-se que até 2020 poderá ocorrer um incremento de 50% na incidência anual de mortes por suicídio em todo o mundo.

Uma realidade pouco conhecida mais de grande relevância é que a cada suicídio gera-se impacto na vida de pelo menos outras sessenta pessoas que conviviam com a pessoa, dentre eles os amigos, familiares, colegas de trabalho.

Os impactos são tão grandes devido ao fato do suicídio ser um “transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos” (VASCONCELOS, 2016, p. 11).

A questão do suicídio tem sido objeto de estudo da filosofia, sociologia, psicologia

e da religião.

De um modo geral as religiões são absolutamente contrárias a interrupção voluntária da vida por considera-la algo sagrado, dom de Deus do qual a pessoa não deveria se dispor voluntariamente. Com algumas diferenças conceituais este olhar sobre o suicídio existe nas grandes religiões (Cristianismo, Islamismo, Judaísmo e Hinduísmo).

A grande maioria da população mundial professa alguma religião, o que deveria tornar o “estudo entre a religiosidade e suicídio um tema relevante, mas é um tema muito negligenciado nas pesquisas, as escalas de risco de suicídio ignoram a religião e espiritualidade” (MELEIRO, 2004, p. 54).

Como devemos partir sempre dos estudos clássicos não se pode deixar de referir os estudos de Durkheim não podem deixar de ser mencionados, pois o pioneiro nas pesquisas sociológicas incluiu em seus temas de interesse e pesquisa a religião e suicídio.

Durkheim comparou as taxas de suicídio de diversos países levando-se em conta a religião predominante em cada um deles e dentre outros resultados constatou que havia 50% maior de práticas suicidas nos países protestantes em relação aos países de maioria católica.

As pesquisas de Durkheim chamaram a atenção para o que ele identificou como uma dissolução parcial das três forças coercitivas da civilização ocidental: a família, o Estado e a religião. Seus estudos sobre o suicídio constataram que a religião promovia valores compartilhados, interação social, propunha um ideal de vida, alimenta uma esperança de melhora e que o temor em sua divindade pode desestimular a concretizar o suicídio.

Para Durkheim tais realidades constituíam-se como um fator protetor contra o suicídio, os laços sociais gerados por uma pertença religiosa produzem taxas menores de mortalidade por suicídio. Este conceito sociológico pode ser transposto para o nível individual: quanto menos laços sociais tem um indivíduo, maior o risco de suicídio ele produz pra si próprio.

Não será possível discorrer sobre as pesquisas de Durkheim por não ser este o objetivo deste opúsculo, apenas queremos mencionar que tal questão sempre se fez presente na sociedade por isso foi objeto de pesquisa do pai da sociologia.

## **A RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE ATUANDO COMO UM POSSIVEL INIBIDOR DO SUICÍDIO**

Conforme Botega (2014), o suicídio é um ato intencional que tem por objetivo por fim a própria vida é um fenômeno humano sempre presente em todas as épocas e sociedades. A prática do suicídio é tão antiga quanto o homem, mas o modo como ele ocorre, a atitude das sociedades frente a ele e sua frequência em diversas épocas é sempre diferente.

Carl Gustav Jung (1969), em sua obra “Psicologia da Religião Ocidental e Oriental concebe a religiosidade uma função natural, inerente à psique, fenômeno universal, encontrado desde os tempos mais remotos em cada tribo, em cada povo” (PORTELA, 2012, p. 54).

Pesquisas de (GIOVANETTI, 1999; VERGOTE, 2001; ANGERAMI-CAMON, 2002; AMATUZZI, 2008; ANCONA-LOPEZ, 2008) e outros, identificaram o fenômeno religioso como parte do elemento psíquico por ser uma expressão da existência, logo o conhecimento e a valorização das crenças dos clientes colaboram com a aderência dos mesmos à psicoterapia e promovem melhores resultados importantes.

A religiosidade/espiritualidade tem sido “identificada como um provável fator de prevenção de doenças, produzindo redução de óbitos, pois pesquisas concluíram que a prática regular de atividades religiosas pode reduzir o risco de óbito em cerca de 30%” (POLLYANE, 2013, p. 92).

Outro grande expoente da psicologia, William James (1905/1995), em suas pesquisas à cerca do fenômeno religioso identificou que a religiosidade imprime experiências psicológicas por abordarem questões como o encantamento ou dádiva com a vida, sentimento de paz e segurança e afeição com as outras pessoas.

Há vários fatores que podem corroborar para o inibimento da prática suicida, dentre eles se destacam: autoestima elevada, suporte familiar, laços sociais bem estabelecidos, amigos, religiosidade independente da afiliação religiosa, ausência de doença mental, capacidade de adaptação positiva, todas estas realidades atuam no fortalecimento da pessoa e produzem resiliência.

O objetivo deste texto é apenas abordar a dimensão da religiosidade como um possível fator de ajuda a proteção contra a prática suicida.

Independentemente do credo religioso, de um modo geral as religiões percebem a vida como sagrada, uma dádiva e compreendem na maioria das vezes a morte por suicídio como um ato destituído de significado, inaceitável, imoral, como uma ofensa à divindade que concedeu tal existência.

De acordo com Koenig (2015), mesmo que não se possa afirmar exaustivamente que a vivência religiosa não pode ser um fator isolado que impeça o suicídio, ainda assim se não pode negar que o envolvimento com a religião (frequência a atividades religiosas, prática de oração, meditação) pode ser um fator que inibe o comportamento suicida.

Conforme Botega (2014), a prevenção do suicídio pode ser feita mediante reforço de fatores protetores que por sua vez tendem a enfraquecer os fatores apontados como sendo de risco tanto no nível pessoal como social.

As pesquisas de (PANZINI, 2004; SANTOS, 2012; TONIOL, 2014; KOENIG, 2015) indicaram que os fatores ligados a religiosidade que geram proteção podem ser mencionados os bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos.

Sendo o Brasil altamente religioso, conforme (AQUINO; ZAGO, 2007; STROPPIA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008), as religiões de um modo geral oportuniza uma forte rede social de apoio, estabelece crenças na vida após a morte, apresenta um Deus amoroso, fornece modelos de enfrentamento de crises, possui sempre uma resposta e significado às dificuldades da vida, possui uma hierarquia social e desaprova sistematicamente a prática do suicídio por considerar a vida como dom recebido.

As religiões enquanto instituição organizada (DURKHEIM, 1912; ALETTI, 2012); possuem uma ordem de vida estabelecida com a qual organiza a vida de seus fiéis proporcionando-lhes momentos de oração, auxiliam outras pessoas com problemas mais sérios, tais iniciativas reduzem a solidão, a sensação de isolamento, torna a pessoa útil, importante, contribuindo para que o indivíduo não fique obsessivamente ruminado seus problemas.

Conforme Bertolini (2015), a crença na vida após a morte estaria embasada no medo da morte, análogo ao medo da castração, situação à qual o ego estaria reagindo a de ser abandonado, mais atualmente, a experiência religiosa deixou de ser considerada fonte de patologia e, em certas circunstâncias, passou a ser reconhecida como provedora do re-equilíbrio e saúde.

As pesquisas de (KOENIG, 2012; MOREIRA-ALMEIDA, 2010; FLECK, 2003), identificaram ser comum observar que o envolvimento religioso parece capacitar indivíduos com doenças graves a lidar melhor com esta experiência e a vivenciar um crescimento psicológico a partir destas experiências de saúde precária.

Conforme pesquisas de (KOENIG, 2000; MELEIRO, 2004; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; NUMBERS, 2009; OSLER, 2009) notaram que existe uma associação positiva da religiosidade como fator de proteção ao suicídio pelos seguintes fatores mencionados logo abaixo:

- a) Suporte social que as religiões usam: grupo de amigos, vê pessoas toda semana, compartilha sua vida, faz trabalhos comunitários;
- b) Tem uma objeção moral contra o suicídio, tanto é que religiões mais ortodoxas possuem menor índice de suicídios;
- c) Emoções positivas: perdão, gratidão, solidariedade, coping positivo com Deus e emoções positivas estão relacionadas com melhor saúde mental;

Estudos realizados sobre suicídio “indicaram que pessoas religiosamente orientadas tem baixo índice de suicídio devido a coesão social que a religião implica e não necessariamente no que se refere ao seu conteúdo” (MELEIRO, 2004, p. 57).

Conforme as pesquisas realizadas conclui-se que a religião confere uma espécie de coesão social onde a pessoa se sente parte de um grupo determinada, possui assistência afetiva deste grupo, gerando engajamentos neste mesmo grupo, aumentando assim as forças afetivas e existenciais.

Segundo Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig (2006), as denominações religiosas, de um modo geral tendem a valorizar a vida, criam uma atmosfera de

segurança, geram fraternidade entre os demais membros, criando quase como que uma aura de proteção afetiva que influencia a dinâmica de vida das pessoas.

Este aspecto social e protetivo das religiões indicam um alto nível de envolvimento religioso na população brasileira: “95% têm uma religião, 83% consideram religião muito importante e 37% frequentam serviços religiosos pelo menos uma vez por semana” (ABUCHAIM, 2018. p. 20).

Pesquisas realizadas por Jeffrey Levin (2003), identificaram alguns princípios ligados às vivências de Espiritualidade, fé e sua relação com a saúde: a) a afiliação religiosa, participação como membro de uma congregação religiosa beneficiam a saúde ao promover comportamentos e estilos de vida saudáveis; b) a frequência regular a uma congregação religiosa beneficia a saúde ao oferecer um apoio que ameniza os efeitos do estresse, do isolamento; c) a participação no culto e a prece beneficiam a saúde graças aos efeitos fisiológicos das emoções positivas; d) a fé, pura e simples, beneficia a saúde ao inspirar pensamentos de esperança, otimismo e expectativas positivas.

De acordo com Lucchetti; Vallada (2013), ao se pesquisas as vivências de Espiritualidade e saúde são investigadas situações relacionada ao bem-estar religioso, estado de espiritualidade, experiências espirituais diárias, necessidades espirituais, dentre outros.

Conforme Abuchain (2018) as pesquisas envolvendo a religiosidade, habitualmente são associadas a melhores indicadores de saúde, dentre eles: a) organizacional (frequência a serviços religiosos públicos como missas e cultos); b) privada (práticas privadas como orações e leituras religiosas); c) orientação religiosa intrínseca ou extrínseca (enquanto na religiosidade intrínseca o indivíduo busca servir a Deus, na extrínseca busca ser servido por Ele); d) enfrentamento religioso positivo ou negativo.

De acordo com Moreira-Almeida; Lucchetti (2016), em suas pesquisas identificaam que o enfrentamento religioso positivo, associado a indicadores de melhor saúde, é usado bem mais frequentemente que o negativo.

Talves uma das necessidades de se abordar a questão da Religiosidade/ Espiritualidade no Brasil, faz com que esse tema ligado a saúde encontre-se altamente associadas ao contexto social, por isso lançar um olhar para o ser humano do “ponto de vista biopsicossocial e espiritual não implica substituir as práticas de saúde, mas considerar os aspectos espirituais de pacientes para atuarmos como seres humanos do ponto de vista integral” (ABUCHAIN, 2018, p. 21).

Conforme Dalgalarondo (2008), algumas vezes, determinadas religiões podem tornar-se rígidas, inflexíveis, estando associadas ao pensamento mágico e de resistência, dificultando muito o tratamento do paciente por meio de proibição da psicoterapia ou do uso de medicação por parte dos líderes.

Para Murakami/Campos (2012), a pobreza, a falta de conhecimento, podem tornar as pessoas vulneráveis ao abuso espiritual, provocando vivências que podem

gerar culpa, punição, espírito opressor, e recusa a ajuda especializada. Mesmo assim, de um modo geral, as práticas religiosas são neutras, podem gerar bem estar ou mal estar, dependendo da interpretação e uso que a pessoa faz.

As pesquisas realizadas sobre a religião como elemento de ajuda social identificaram que “quanto mais o indivíduo se vincula à sociedade religiosa, menos egoísta se tornaria bem como mais obstinado a viver se torna, pois os interesses coletivos se sobrepõem àqueles individuais” (SANTOS, 2012, p. 24).

Ainda que algumas expressões religiosas fundamentalistas tendem levar ao suicídio coletivo ou individual, ainda assim percebe-se que as religiões mais “tradicionais proíbem com veemência o suicídio, defendendo o valor incondicional da vida humana, argumentando que a vida do ser humano não lhe pertence” (SANTOS, 2012, p. 26).

A pergunta que este artigo principiou, mediante uma pesquisa bibliográfica de cunho narrativo, identificar que vivências de religiosidade/espiritualidade podem contribuir na proteção à prática suicida, pois ter uma religião, participar de atividades religiosas, esta filiado a um grupo, podem de alguma forma produzir efeitos positivos que levem uma pessoa a deixar de tirar sua própria vida.

Como foi mencionado logo acima a religiosidade produz resiliência e auxilia na imunidade psicológica e existencial do indivíduo por fornecer-lhes objetivos à vida, e autoestima, modelos de enfrentamento de crises, ajuda no encontro de significado às dificuldades da vida, apoio, conforto social e por desaprovar enfaticamente a prática do suicídio, tornando-se uma espécie de proibição ao ato.

Para Koenig (2001), a frequência a atividades religiosas, práticas de reza ou oração, meditação, está associado negativamente com suicídio, comportamento suicida, ideação suicida e atitude mais tolerante ao suicídio

Conforme textos acessados (RAMPAZZO, 2004; PANZINI; BANDEIRA, 2007; PEREZA, 2007; DALGALARRONDO, 2008), de um modo geral a religião e suas práticas podem atuar como fator de proteção à prática do suicídio mediante a chamada dissonância cognitiva, ou seja, o quanto as crenças religiosas são incompatíveis com ideias suicidas, geram uma menor admissibilidade do comportamento suicida.

Para Kock (2015), essa construção nos faz compreender que somente a religião professada como uma denominação religiosa não irá criar a imunidade contra o suicídio, mas sim crença, a vivência dos laços sociais, em seus valores, a integração do indivíduo com a sociedade que a religião representa, estas vivências podem melhorar a qualidade de vida da pessoa e assim colaborar para inibir o desejo de morte.

As vivências relacionada a religião como algo constitutivo da vida humana vivenciada e internalizada como uma fonte segura, “alcança resultados positivos importantes na experiência humana, uma vez que para algumas pessoas, a religião é parte integrante de suas vidas e experiências cotidianas” (SOUZA, 2015, p. 19).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A religiosidade/espiritualidade é um tema sempre atual por estar sempre presente no dia-a-dia das pessoas e quando ela atua de modo ativo a definimos como uma estratégia de *coping* que designa “resiliência, superação, ressignificação da dor, de promoção de sentido ou, mesmo, na percepção de alguns, de elemento propulsor da própria cura” (FREITAS, 2014, p. 93).

Várias pesquisas ao longo deste artigo indicaram que as relações entre religiosidade e saúde, na maioria das vezes possuem indicações positivas que interferem no modo como se enfrentam situações de grande estresse e risco emocional.

De acordo com (MUNIZ, 2014; MOREIRA-ALMEIDA; PINSKY; ZALESKI, 2010); a religiosidade e espiritualidade faz parte da agenda diária do brasileiro em todos os seus ambientes.

A população brasileira é altamente religiosa, “pois 95,0% da população têm uma religião, 83,0% consideram-na muito importante em suas vidas e 37,0% participam de um serviço religioso ao menos uma vez por semana” (ABDALA; KIMURA; DUARTE; LEBRÃO; SANTOS, 2015, p. 2).

Como vimos ao longo desse artigo, o cultivo de práticas religiosas e espirituais atuam benéficamente por produzirem uma rede de apoio social, por incentivar pensamentos positivos, de esperança e por coibir veementemente tal prática.

Também é possível que vivências religiosas atuando como coibidoras da suicidologia possam gerar culpabilização, mais “a religiosidade tem se mostrado inversamente associada a depressão e risco de suicídio em diversos estudos e representa elemento importante e presente na vida da maioria dos pacientes” (MOSQUEIRO, 2015, p. 37).

Conforme Abuchain (2018), a religiosidade pode integrar o que chamamos de uma terapêutica religiosa por oferecer três elementos importantes que são: a pertença a um grupo social, a ênfase do que se chama de sentido positivo por ajudar na ressignificação da vida e na desaprovação enfática de tal ato alto destrutivo de si mesmo.

No decorrer deste artigo evidenciamos que as vivências religiosas/espirituais podem atuar como reguladores das emoções das pessoas, “podem influenciar a aceitação do tratamento médico, de terapêuticas, além de condutas mais agressivas ou conservadoras na terminalidade, sendo utilizadas para aliviar o sofrimento (ABUCHAIN, 2018, p. 5).

Conforme Moreira-Almeida; Lotufo-Neto; Koenig (2006), há fortes indicadores de que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado) e a menor índice de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso/abuso de álcool/drogas.

Estas pesquisas de Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig (2006), indicaram que existe uma grande relação entre espiritualidade/religiosidade com a saúde mental,



incluindo menor prevalência de depressão e menor tempo de remissão da depressão. Ainda com base em Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig (2006), o envolvimento religioso também se associa a atitudes mais negativas em relação ao suicídio e menos tentativas de suicídio, mesmo em amostras clínicas.

As pesquisas envolvendo religiosidade/espiritualidade e suicídio indicaram que pacientes deprimidos sem afiliação religiosa, tendo o mesmo nível de depressão, “tiveram mais tentativas de suicídio ao longo da vida, encontraram menos razões para viver e tiveram menos objeções morais ao suicídio do que os pacientes afiliados religiosamente” (ABUCHAIN, 2018, p. 35).

Conforme Abuchain (2018), ao se investigar a relação entre espiritualidade, frequência religiosa e comportamento suicida, o papel social da crença atuando como rede de apoio e suporte, pois simples a frequência religiosa se associou à diminuição das tentativas de suicídio, reaparecendo aquilo que Durkheim identificou em suas pesquisa sobre a dimensão social da religião.

Não foi objetivo deste artigo afirmar tacitamente que a religiosidade/espiritualidade seja o único ou mais relevante fator que previne todas as causas que levam ao suicídio, mas sim que as vivências religiosas podem ser um dos fatores que auxiliem nessa problemática pois as crenças, sejam quais forem, posicionam a existência num plano duplo: desenrolando-se como existência humana, participando de uma vida transumana, conectada ao Cosmos e aos deuses.

Durante esta pesquisa narrativa identificamos que crenças e práticas espirituais “constituem uma parte importante da cultura e dos princípios utilizados para dar forma a julgamentos, ao processamento de informações” (PERES, 2007, p. 2), por isso o conhecimento, valorização de tais sistemas de crenças colaboram com a aderência do indivíduo à psicoterapia e promovem melhores resultados.

Sendo assim, a religiosidade/espiritualidade surge como algo importante no cotidiano das pessoas por oferecer elementos que podem auxiliar, oferecer uma visão mais completa da realidade humana, ser uma parceira na promoção de um maior bem estar, situação esta que irá colaborar direta e indiretamente na coibição de práticas suicidas.

Vários estudos confirmam e assinalam para o ponto de que o bem estar psicológico “e as implicações clínicas dessa relação foram amplamente investigadas por Moreira Almeida, Francisco Lotufo Neto e Koenig, tendo 805 artigos sobre o tema” (CAVALHEIRO, 2010, p. 49).

## **ALGUMAS POSSIBILIDADES A SEREM EXPLORADAS PELA PESQUISA**

A presente pesquisa permitiu perceber nas vivências cotidianas das pessoas que o fenômeno religioso é algo forte, atuante, presente no dia-a-dia e que as pessoas deseja falar sobre esta realidade.

O objetivo desta pesquisa limitou-se apenas a tratar sobre o tema da Religiosidade/

Espiritualidade em clínicas particulares de Campo Grande/MS, mais também seria possível abordar a temática em Caps, em centros de atendimento público, em outras instâncias da saúde, mais tal demanda não foi atendida por que este não foi em nenhum momento o interesse da pesquisa.

Mediante a fala de psicólogos e pacientes, esta pesquisa quis apenas ser uma espécie de porta voz, trazer para a academia a importância de se discutir um tema tabu que é a religiosidade/espiritualidade no contexto na clínica.

Conforme apresentando, não oferecemos respostas assertivas, exaustivas e definitivas, mas apenas sinalizamos que questões de religiosidade/espiritualidade aparecem no dia-a-dia do profissional de saúde mental (psicólogo) e que este necessita de elementos teóricos mínimos para poder lidar com tal demanda advinda de seu paciente.

Não era objetivo desta pesquisa, mais no final da mesma identificamos mediante a fala dos entrevistados que o curso de graduação em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, na fala dos mesmos psicólogos, não oferece conhecimentos mínimos sobre a religiosidade/espiritualidade e que por isso, deveria ser introduzido na graduação a disciplina de psicologia da religião, que poderiam facilitar um olhar psicológico não redutor ao fenômeno religioso, fato este que contribuiria na formação e atuação profissional do mesmo no futuro.

Esta pesquisa encerrou-se, mais deixou muitas questões abertas, sem respostas, sinalizando que há muito o que percorrer e questões a serem exploradas sobre as vivências religiosas/espirituais no contexto da psicoterapia, tema que em nossa Universidade, até o momento foi muito pouco estudado.

Este breve estudo foi uma tentativa de pesquisar a questão, desejamos que novos estudos sejam realizados e que possam encontrar respostas que não foram elucidadas por este, pois o fim de uma investigação é sempre um novo começo.

## REFERÊNCIAS

ABUCHAIN, Sílvia Cristina Borragini. **Espiritualidade/Religiosidade Como Recurso Terapêutico na Prática Clínica: Concepção dos Estudantes de Graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina**. Universidade Federal de São Paulo. Orientadora e Presidente da Banca: Profa. Dra. Rita Maria Lino Tarcia. Programa de Pós-Graduação “Ensino em Ciências da Saúde”. Mestrado Profissional. São Paulo. 2018.

ANDRADE, Márcio Luiz Mello, VIOLETA, Maria de Siqueira Holanda (orgs.). **Saúde e cultura: diversidades terapêuticas e religiosas** / João Tadeu. Fortaleza: EdUECE, 2015.

ANCONA-LOPES, M. **As crenças pessoais e os psicólogos clínicos**: orientação de dissertações e teses em psicologia da religião. (p.186-207) In: ARCURI, I. G.; ANCONA-LOPEZ, M. (org.) **Temas em psicologia da religião**. São Paulo: Vetor, 2007.

ANCONA-LOPES, M. **A religiosidade do psicoterapeuta**. Em: **Bruscagin, C., et al. (orgs.) Religiosidade e Psicoterapia**. São Paulo: Roca. 2008.

ALLPORT, G. W. **O desenvolvimento da personalidade**. São Paulo: Herder, 1966.

ALETTI, M. **Atendimento Psicológico e Direção Espiritual: Semelhanças, Diferenças, Integrações e Confusões**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 24 n. 1, pp. 117-126. 2008.

\_\_\_\_\_. **A psicologia diante da religião e da espiritualidade: questões de conteúdo e método**. In: Freitas MH, Paiva GJ, organizadores. Religiosidade e cultura contemporânea: desafios para a psicologia. Brasília (DF): Universa; 2012.

AQUINO, T. A. A. **A presença não ignorada de Deus na obra de Viktor Frankl: Articulações entre logoterapia e religião**. São Paulo: Paulus. 2014

AQUINO, V. V., & ZAGO, M. M. F. (2007). **O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15 (1), 42-47.

AMATUZZI, M. M. **A legitimidade psicológica da linguagem religiosa**. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas, v. 20, n. 1, p. 61-71. 2003.

AGUIAR, Juliany Gonçalves Guimaraes. **Mitos e Crenças sobre o suicídio: Visão de Profissionais de Segurança**. Orientador Eliane Maria Fleury Seidl. Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, 2017.

ALMEIDA, Alexander-Almeida; GIANCARLO, Lucchetti. **Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade** Ciência. Cultura. vol.68 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2016.

AQUINO, Thiago Antônio Avellar de. **Atitudes e Intenções de cometer suicídio: seus correlatos existenciais e normativos**. Universidade federal da paraíba. Universidade federal do rio grande do Norte. Centro de ciências humanas, letras e artes Departamento de psicologia Programa integrado de doutorado em Psicologia social. Tese de doutorado. João Pessoa. Fevereiro de 2009.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir** / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.

ALVES, Daniel Gonçalves, ASSIS, Monique Ribeiro. **O desenvolvimento religioso e espiritual e a saúde mental: discutindo alguns de seus significados**. Conexões Psi. Rio de Janeiro. Vol. III. N. 01. p.73-100, Janeiro/ Junho,201.

BAUMAN Z. **Comunidade: a busca da segurança no mundo atual**. Rio de janeiro (RJ): Jorge Zahar editor; 2003.

BALTAZAR, Daniele Vargas Silva. **Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, agosto de 2003.

BERENCHTEIN, Netto, N. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. (Dissertação de Mestrado) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia social. Pontifícia Universidade Católica – São Paulo, 2007.

BERTOLINI, Josué. **Ciência e fé em debate: Perspectivas históricas**. Orientador Gildo Magralhaes dos Santos Filho. São Pauo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de História. Área de Concentração: História Social. 2015.

BOTEGA, José Neuri; WERLAG, Blanca Suzana Guevara; CAIS, Carlos Filinto da Silva; MACEDO, Monica Medeiros. **Prevenção do comportamento suicida**. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006

BOTEGA, José Neuri. Comportamento suicida: Epidemiologia. Psicologia. USP. Vol. 25. Nº 3. São Paulo. Set./Dez. 2014.

BOTEGA, José Neuri. **Crise suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre. Artmed, 2015.

BORGES, Diego Carter; ANJOS, Gilberto Luppi; OLIVEIRA, Leandro Romani; LEITE, José Roberto Leite; LUCCHETTI, Giancarlo. **Saúde, Espiritualidade e Religiosidade na visão dos estudantes de medicina**. Revista Brasileira Clínica Médica. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1).

CAVALHEIRO, Carla Maria Freza. **Espiritualidade na clínica psicológica: um olhar sobre a formação acadêmica no Rio Grande do Sul**. Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-graduação em Psicologia. 2010. “Orientação: Prof. Denise Falche.

COSTA, Fabiane Bregalda. **Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos** / Fabiane Bregalda Costa – Porto Alegre: PUCRS. Dissertação (mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica, 2012

COSTA, Joana. **Representações do Suicídio no Alentejo**. Mestrado em Psicologia Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Évora escola de ciências sociais. Orientador: Profª. Doutora Sofia Tavares. Dezembro/2013.

DALGALARRONDO P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª edição. Porto Alegre: Artemed. 2008.

\_\_\_\_\_. **Relações entre duas dimensões da vida: saúde mental e religião**. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(3):177-8.

DITTRICH, M. G. **Arte e criatividade, espiritualidade e cura. A teoria do corpo-criante**. Blumenau/SC: Nova Letra. 2010.

DURKHEIM, Émile. **Suicídio: Estudo de Sociologia**. São Paulo. Martin Fontes. 2013.

\_\_\_\_\_. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Paulinas, 1989.

FERREIRA, Francisca Luciana de Sousa. **A influência da religiosidade na saúde mental: uma revisão bibliográfica**. Ceilândia /DF 2014.

FREITAS, Marta Helena. **Religiosidade e saúde: experiências dos pacientes e percepções dos profissionais**. Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral, vol. 6, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 89-105. Pontifícia Universidade Católica do Paraná Curitiba, Brasil.

FREIRE, Gilson/ SALGADO, Mauro Ivan (Orgs.). **Saúde e Espiritualidade - Religiosidade e Saúde**. Belo Horizonte: Inede, 2008. (pp.: 427-443).

FLECK, M.P.A.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich E.; Vieira G.; Santos, L.; Pinzon, V. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)**. Rev Saúde Pública 33 (2): 198-205, 1999. Disponível em: www.fsp.usp.br/~rsp.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida/ BORGES, Zulmira Newlands/ BOLOGNESI, Gustavo/ ROCHA, Neusa Sica. **Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais**. Rev Saúde Pública 2003;37(4):446-55.

\_\_\_\_\_. **Problemas conceituais em qualidade de vida**. In: Fleck, M.P.A. (org.) A avaliação da qualidade de vida em saúde: desenvolvimentos e aplicações do WHOQOL. Artes Médicas, Porto Alegre. 2008.

\_\_\_\_\_. **A Avaliação de Qualidade de Vida**. 1st ed. Porto Alegre: Artmed Editora SA; 2008.

GIUMBELLI, Emerson. **A religião em hospitais: espaços (inter)religiosos em Porto Alegre**. Trabalho apresentado na 28ª Reunião Brasileira de Antropologia. 2012.

GOMES, D. M., GOMES, A. M. A. (2009). **Psicologia da religião no Brasil: a produção em periódicos e livros**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 441-446.

HOSPITAL DE CLINICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO (HCUFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Ministério da Educação. **Protocolo Assistencial/ Prevenção de Risco do Suicídio**. Núcleo de Segurança do Paciente do HC UFTM. Uberaba, 2017.

JAMES, W. **As variedades da experiência religiosa: um estudo sobre a natureza humana**. São Paulo: Cultrix, 1902.

KOCH, Daniel Buthatem. **Estudo Epidemiológico de Suicídio entre 1996 e 2012, no Vale do Itajaí, Santa Catarina**. Programa de mestrado profissional em gestão de políticas públicas PMGPP. Itajaí. 2015.

KOENIG, Harold G. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre: L&PM, 2015.

LUCCHETTI, G. **Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares**. Ponto de Vista. *Revista Brasileira Cardiologia*. 011;24(1):55-57. Janeiro/fevereiro.

MOREIRA-ALMEIDA A, PINSKY I, ZALESKI, M. Laranjeira R. **Envolvimento Religioso e Fatores Sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil**. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(1):12-5.

MURAKAMI R, Campos CJG. **Religião e Saúde Mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente**. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):361-7.

MARQUES, L. F. **A saúde e o bem-estar espiritual em adultos portoalegrenses**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 56-65, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n2/v23n2a09.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2013.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; Wang, Y. P. (Eds.) **Suicídio: Estudos Fundamentais**. São Paulo, Segmento Farma, 2004. pp.: 53-60.

MINAYO, M. C. S., & CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1751-1762. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Campinas: Unicamp. 2006.

MONTENEGRO, B. F. **O julgamento clínico do risco de suicídio**. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal. 2012

MOSQUEIRO, Bruno Paz. **Religiosidade Resiliência e depressão em pacientes internados**. Orientador: Marcelo Pio de Almeida Fleck. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Porto Alegre, Brasil. Rs. 2015

MURAKAMI R, CAMPOS, CJg. **Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente**. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 361-7.

NACIF, Saete Aparecida da Ponte; LATORRACA, Rafael; BASSI, Rodrigo Modena; GRANERO, Alessandra Lamas; LUCCHETTI, Giancarlo. **Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber?** Rev Bras Clin Med 2010;8(2):154-8.

GUERRIERO, Silas. **Até onde vai a religião: um estudo do elemento religioso nos movimentos da Nova Era.** Horizonte, v. 12, n. 35, p. 902-931, 2014.

NASCIMENTO, Ananda Kenney da Cunha. **Religiosidade, espiritualidade e psicoterapia na formação acadêmica do psicólogo.** Orientador Marcus Túlio Caldas. Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-graduação. Doutorado em Psicologia Clínica, 2017.

NEUBERN, M. S. **Psicoterapia e espiritualidade.** Belo Horizonte: Diamante. 2013 a

NEUBERN, M. S. **Hipnose e espiritualidade.** Congresso Brasileiro de Hipnose. UFMG. Belo Horizonte. 2013 b

OLIVEIRA, Carlos Felipe; BOTEGA, José Neuri (ORG.). **Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Ministério da Saúde – Brasil. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio Organização Pan-Americana da Saúde.

OMS, **Relatório Mundial sobre o suicídio.** Genebra: OMS, 2000.

OMS, **Prevenir o suicídio: um guia para profissionais da mídia.** Genebra: OMS, 2000.

OMS, **Prevenção do Suicídio: Manual para professores e educadores.** Genebra, OMS, 2000.

OMS, **Prevenção do Suicídio: Manual para médicos clínicos gerais.** Genebra, OMS, 2000.

PANZINI, Raquel Gehrke. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE) tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PANZINI, R.G. et al. **Qualidade de vida e espiritualidade.** Revista de Psiquiatria Clínica. 34, supl 1; 105-115, 2007.

PANZINI RG, MAGANHA C, ROCHA NS, BANDEIRA DR, FLECK MP. **Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade religião e crenças pessoais.** Rev Saúde Pública. 2011;45(1):153-65.

PAIVA, G.J. **Psicologia da Religião, Psicologia da Espiritualidade: Oscilações conceituais de uma (?) disciplina.** In: AMATUZZI, M. M. (Org.). Psicologia e espiritualidade. São Paulo: Paulus, 2005.

\_\_\_\_\_ **Espiritualidade e qualidade de vida: pesquisas em Psicologia.** In:

\_\_\_\_\_ **AIDS, psicologia e religião: O estado da questão na literatura psicológica.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14, 27-34. 1998.

PAIVA, G. J. (2002). **Ciência, religião, psicologia: conhecimento e comportamento.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 15 (3), 561-567. 2002.

\_\_\_\_\_, ZANGARI, W., Verdade, M. V., Paula, J. R. M., FARIA, D. G. R.,

PASKULIN, Marcello. **Qualidade de vida e stress em professores de uma faculdade privada /** Marcello Paskulin; orientação, José Carlos Rosa Pires de Souza. Dissertação (mestrado em

psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2011.

PEREIRA, Tatiana Guimarães Sardinha. **Tiro de Misericórdia: Uma análise dos Fatores Institucionais do Suicídio na Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro** – PMERJ / Tatiana Guimarães Sardinha Pereira. Rio de Janeiro: UFRJ/IFCS, 2015.

PERES, Júlio Fernando Prieto/ SIMÃO, Manoel José Pereira/ NASELLO, Antônia Gladys. **Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia**. Rev. psiquiatr. clín. vol.34. supl.1 São Paulo. 2007.

PESSINI, L. e BARCHIFONTAINE, C. P. (orgs.) **Buscar sentido e plenitude de vida: bioética, saúde e espiritualidade**. São Paulo: Paulinas, 2008.

PORTELA, Bruno de Oliveira Silva. **O conceito religião no pensamento de Carl Gustav Jung** Revista dos Alunos do Programa de Pós-graduação em Ciência da Religião/UFJF.

POLLYANE, Teixeira Rocha, ORLENE, Veloso Dias, JUCIMERE, Fagundes Durães Rocha. **A influência da espiritualidade e da religiosidade no tratamento da pessoa com câncer**.

PROVEDEL, Atílio. **Religiosidade/Espiritualidade e prevenção do suicídio**. IV Seminário de prevenção do suicídio no Espírito Santo. NECE/UFES. Núcleo de Estudos em Ciência e Espiritualidade. Espírito Santo.

RIBEIRO, J. P. **Religião e Psicologia**. Em: Holanda, A. (org.) **Psicologia, religiosidade e fenomenologia**. Campinas, SP: Editora Alínea. 2004.

RIBEIRO, J. C. Os **Universitários e a transcendência: Visão geral, visão local**. REVER Revista de Estudos da Religião, Nº 2, 2004, pp. 79-119.

ROCHA, Luciana Fernandes. **Luto materno pelo filho suicida**. Trabalho de Conclusão de Curso como exigência para graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica. São Paulo. 2007, p. 21.

SALGADO, Mauro Ivan/ FREIRE, Gilson (Orgs.) **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. (pp.: 427-443).

SANTOS, Wagner Jorge dos. **A Religiosidade como Estratégia de Enfrentamento do processo de Incapacidade Funcional dos Idosos da Cidade de Bambuí, Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências). Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

SOLOMON, R. **Espiritualidade para céticos**. S. Paulo: Civilização Brasileira, 2003.

SOUZA, Eldon Mendes. **Dimensão religiosa e sua influência na recuperação de dependentes químicos: estudo sobre a dependência química no Núcleo de Apoio a Toxicômanos e Alcoolistas (NATA) em Boa Vista**. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco. Mestrado em Ciências da Religião, Roraima. Orientador Luiz Alencar Libório, 2015.

TEIXEIRA, E. F. B; MULLER, M. C., SILVA, J. D. T. (Orgs.). **Espiritualidade e Qualidade de Vida**. Porto Alegre. Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TONIOL, Rodrigo. **Integralidade, holismo e responsabilidade: etnografia da promoção de terapias alternativas/complementares no SUS**. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2014. p. 153-178.

\_\_\_\_\_. **Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil**. Orientador: Carlos Alberto Steil. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de

Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

\_\_\_\_\_. **Espiritualidade que faz bem: pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde.** Sociedad y Religión, v. 25, n. 43, p. 110-146, 2015.

\_\_\_\_\_. **Capturando a espiritualidade: pesquisas médico científicas sobre a dimensão espiritual da saúde no Brasil.** Projeto de pesquisa Fapesp. 2016.

VALLE, J. E. R. **Religião e Espiritualidade: um olhar psicológico.** In: AMATUZZI, M. M. (Org.). Psicologia e espiritualidade. São Paulo: Paulus, 2005, 240 p.

VALLE, E. **A psicologia da religião.** In: USARSKI, F. (Org.) O espectro disciplinar da Ciência da Religião. São Paulo: Paulinas, 2007. p. 123-161.

VALLA V. **Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise.** Interface Comun Saúde Educ 2000;4(7):37-56.

VALCANTI, Carolina Costa et al. **Coping religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico.** Revista da Escola de Enfermagem da USP v. 46, n. 4, p. 838-845, 2012.

VASCONCELOS, Emanuel Fernandes. Revista Especialize On-line IPOG – Goiânia. **Avaliação Psicológica e os fatores de risco do suicídio.** 12ª Edição nº 012 Vol.01/2016. Dezembro/2016.

VILARTA, Roberto, GUTIERREZ, Gustavo Luís, MONTEIRO, Maria Inês (Org.). **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI.** Campinas: Ipes, 2010.

VOLCANA, SMA et al. **Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal.** Ver. Saúde Pública 2003;37(4):440-5.



Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-207-4



9 788572 472074