

Capítulo Publicado no Livro :

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

Religião e Comportamento Suicida

Alexander Moreira de Almeida

Psiquiatra, doutorando em psiquiatria pela FMUSP.

Coordenador do NEPER (Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos do IPq-HC-FMUSP).

Diretor Clínico do Hospital João Evangelista.

Francisco Lotufo Neto

Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

As religiões, como norma geral, condenam enfaticamente a interrupção voluntária da vida. Tendem considera-la como um sagrado dom de Deus do qual o ser humano não deveria se dispor voluntariamente. Com algumas variações, esta visão existe no Cristianismo, Islamismo, Judaísmo e Hinduísmo. O Budismo, apesar de não cogitar da existência de Deus, também tem uma postura, embora menos enfática, de desaprovação do suicídio (Pessini, 1999; Bathia, 2002). Além disso, a grande maioria da população no mundo professa alguma religião, o que deveria tornar o estudo entre a religiosidade e suicídio um tema relevante. Contudo, esse ainda é um tema muito negligenciado nas pesquisas, as escalas de risco de suicídio ignoram quase completamente a religião e espiritualidade (Koehe, 1994).

Como será exposto ao longo deste capítulo, apesar das controvérsias metodológicas, diversos estudos têm apontado que a religião é um importante fator protetor contra o

comportamento suicida. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, um país onde 90% da população considera a religião muito importante em suas vidas (Gallup, 1996), um estudo com 100 tentativas graves de suicídio revelou que 51% desses indivíduos não tinham qualquer crença religiosa (Hall, 1999). Com o intuito de fornecer uma visão abrangente e baseada em evidências, serão revisados os principais estudos que investigam a relação entre religião e comportamento suicida. Os problemas metodológicos (na avaliação da religiosidade dos indivíduos, nos estudos ecológicos, etc.) das investigações sobre o tema serão debatidos e buscar-se-á traçar um panorama do que há de mais atual no entendimento da influência da religiosidade no comportamento suicida.

Religião e Suicídio

O primeiro método desenvolvido para abordar este tema foi a investigação das relações entre a afiliação a um dado grupo religioso e as taxas de suicídio.

O trabalho clássico de Durkheim (1897) foi o ponto de partida para os estudos sociológicos acerca das relações entre religião e suicídio. Ele comparou as taxas de suicídio de diversos países levando-se em conta a religião predominante em cada um deles. Seus achados basicamente apontaram para uma incidência de suicídios 50% maior nos países protestantes em relação aos de maioria católica. Para mais informações sobre as idéias de Durkheim, o leitor deve consultar o capítulo 4, sobre Teoria social e suicídio.

Alguns trabalhos corroboraram com esta visão de Durkheim encontrando maiores taxas de suicídio entre protestantes em relação a católicos, muçulmanos e judeus (Jarvis e Northcott, 1967; Argyle e Beith-Hallahmi 1975).

Um outro achado que tem sido replicado é que as minorias religiosas têm menores taxas

de suicídio em relação aos que se declaram adeptos da religião majoritária (Stengel, 1964). Quando uma religião é a predominante em um país, muitas pessoas referem ser adeptos desta denominação religiosa sem de fato serem membros ativos e participantes. Grupos menores têm uma disciplina mais intensa, algumas vezes imposta pela reação da cultura dominante acerca dos movimentos minoritários ou estrangeiros (Jarvis e Northcott, 1987).

As principais críticas metodológicas às conclusões de Durkheim e trabalhos com resultados discordantes foram resumidos por Stack (1992):

- Três regiões geográficas onde a taxa de suicídio entre católicos era maior que a dos protestantes não foram avaliadas.
- Não foi utilizado controle para desenvolvimento econômico, apesar das regiões católicas serem menos desenvolvidas que as protestantes.
- Pequena porcentagem da população é membro da Igreja Anglicana, não podendo ser esta a responsável pela alta taxa de suicídios na Inglaterra (Stark e cols., 1983).
- Quando se controla a modernização e a taxa de divórcio, as diferenças entre as nações desaparecem.
- Alguns trabalhos norte-americanos, comparando católicos e protestantes, também não mostram o catolicismo protegendo contra suicídio (Stack, 1992).
- Entre protestantes, há diferenças na taxa de suicídio, com os luteranos, metodistas e batistas do sul apresentando taxa menor.

Os estudos mais antigos parecem ser mais claros em encontrar uma diferença interdenominacional (entre os adeptos de diversas religiões) na propensão ao suicídio. Uma explicação teórica acerca das diferenças entre as conclusões de Durkheim e os dados atuais

encontra-se no fato de que os níveis de integração entre católicos diminuíram nos últimos anos, havendo, como consequência, convergência das taxas de suicídio (Koenig, 2000).

Importante salientar que a teoria sociológica e os estudos ecológicos iniciados por Durkheim têm produzido resultados controversos. Duas das principais críticas foram a ausência de controle de variáveis de confusão e o risco das inferências feitas a partir de estudos desenvolvidos com agregados populacionais e não com indivíduos. Após o controle de variáveis de confusão relevantes (desemprego, desenvolvimento socioeconômico etc.) as regiões predominantemente católicas não têm se mostrado com menores taxas de suicídio que as regiões protestantes (Douglas, 1967; Kramer e cols., 1972; Koenig, 2000).

Kramer e cols. (1972) avaliaram os dados sobre países europeus, classificando-os numa tabela 2 X 2, segundo a religião que predominava no país, e alta ou baixa prevalência de suicídio (consideraram como alta a taxa acima de 10 suicídios por 100.000 habitantes). Os países distribuíram-se igualmente entre as quatro células da tabela, sugerindo que a religião seria apenas uma das variáveis e que outros fatores, como índices econômicos, sociais e políticos poderiam ter papel importante. Especialmente a industrialização parece ser relacionada ao aumento da taxa de suicídio e à diminuição da taxa de homicídio, a despeito da religião predominante no país.

Um outro problema nestes estudos é o fato de considerarem a denominação religiosa como a variável de análise da religiosidade. Entretanto, cada vez mais se tem percebido que muito mais importante do que qual religião um indivíduo professa, é o tipo e o grau de envolvimento que o indivíduo tem com a sua religião. Ou seja, o uso apenas da afiliação religiosa traz muito poucas informações válidas e úteis para o estudo do impacto da religiosidade na saúde (Jarvis e Northcott, 1987; Koenig, 2000).

Religiosidade e Suicídio

Epps (1957) estudando, em Londres, mulheres presas por tentativa de suicídio, salientou que as que relatavam possuir uma **afiliação** religiosa eram, na verdade, indiferentes à religião, esta parecia não ser importante em suas vidas. Isto sugeriu que, mais importante, seria a religiosidade e não qual a **afiliação** religiosa (Jarvis e Northcott, 1987).

Os resultados contraditórios, obtidos pela operacionalização do conceito de religião em termos de afiliação religiosa, levaram à hipótese que religiosidade ou compromisso religioso teriam maior efeito e validade (Jarvis e Northcott, 1987). Nos últimos 25 anos, os estudos sobre religião e suicídio têm se focado mais na análise do envolvimento religioso que a simples denominação religiosa.

Jacobs (1967), estudando cartas deixadas por suicidas, mostrou que muitos, antes do ato, lutam contra suas convicções religiosas.

Uma das estratégias para se medir a religiosidade de um povo é avaliar a produção de literatura religiosa. Usando a produção de livros religiosos como critério para avaliar a religiosidade de uma população, e estudando 25 países diferentes, Stack (1983) mostrou que quanto maior a religiosidade, ou seja quanto maior o número de livros religiosos vendidos, menor a taxa de suicídio. Entretanto, quando alguns desses países foram avaliados ao longo do tempo, esta relação não se manteve (Stack 1992).

Há vários modos de medir o nível de religiosidade de um indivíduo. Um dos mais simples, úteis e utilizados é a frequência a atividades de seu grupo religioso (Koenig, 2000). Infelizmente, ainda poucos estudos investigaram a relação entre envolvimento religioso e suicídio do ponto de vista individual. Entretanto, todos eles têm consistentemente mostrado uma associação negativa entre envolvimento religioso e comportamento suicida. Comstock

e Partridge (1972) observaram mais de 50.000 adultos por 6 anos. Os que não freqüentavam a igreja ou o faziam irregularmente tinham uma chance duas vezes maior de cometer suicídio, quando comparados aos que iam à igreja freqüentemente. A menor freqüência a serviços religiosos foi capaz de prever o suicídio, sendo considerado melhor que outros fatores, como por exemplo, desemprego (Gartner e cols., 1991). Este tipo de medida pode ser criticada, pois a baixa freqüência pode ser apenas um reflexo de uma integração pessoal que está deteriorando (Argyle e Beit-Hallahmi, 1975).

Nisbet et al. (2000) estudaram 584 suicídios e 4279 mortes naturais em norte-americanos com mais de 50 anos. Encontraram que a participação em atividades religiosas se associou a menor chance de suicídio, mesmo após controlar para interações sociais com amigos e parentes. A razão de chances (“*odds ratio*”) para quem nunca participava de atividades religiosas foi de 4,3 em relação aos que participavam diariamente. Ou seja, não freqüentar atividades religiosas esteve associado a um risco de suicídio quatro vezes maior em relação aos que freqüentam diariamente.

Em um estudo transversal de 34.129 adolescentes, Donahue e Benson (1995) encontraram uma relação inversa entre envolvimento religioso e histórico de tentativas de suicídio. Outros estudos com adolescentes têm encontrado resultados semelhantes (Conrad, 1991; King, 1996; Nonnemaker, 2003).

Hoelter (1979), estudando cinco dimensões de religiosidade (ortodoxia, subjetiva, crença em um ser supremo, freqüência a igreja na infância e atual), observou que, entre estudantes universitários, todas correlacionam-se negativamente com a aceitabilidade do suicídio.

Em um estudo com 835 negros idosos e residentes em casa de repouso nos EUA, o uso da religião como uma fonte de suporte e conforto foi associado a uma menor incidência de

pensamentos suicidas, mesmo após o ajuste para diversas variáveis sociais e clínicas (Cook, 2002).

Hilton e cols. (2002) estudaram 27.738 mortes de adultos jovens no estado de Utah, nos EUA, onde os mórmons são o grupo religioso predominante. O risco de suicídio dos indivíduos não mórmons ou mórmons não praticantes era de 3 a 7 vezes maior que dos mórmons que aderiam às doutrinas e práticas da religião.

Gartner e cols. (1991) em sua revisão encontraram doze trabalhos que, sem exceção, relatavam uma relação negativa entre religiosidade e suicídio, menos impulsos suicidas, e uma atitude mais negativa em relação ao suicídio.

Koenig e cols. (2001) resumiram os principais achados sobre este assunto. Um século de pesquisas sobre o tema não conseguiu encontrar associações robustas mostrando que pessoas com determinadas filiações religiosas teriam um risco maior ou menor de suicídio. Há uma tendência apontando que protestantes conservadores e muçulmanos teriam menor taxas de suicídio. Por outro lado um achado consistentemente replicado é o de que o envolvimento religioso (avaliado através da frequência a atividades religiosas, frequência de reza ou oração, importância da religião na vida da pessoa) está associado negativamente com suicídio, comportamento suicida, ideação suicida e atitude mais tolerante ao suicídio.

Mecanismo de Influência da Religiosidade sobre o Comportamento Suicida

Apesar de estar bem estabelecido que um maior envolvimento se associa a uma menor taxa de comportamento suicida, uma área ainda pouco estudada é o modo pelo qual

a religiosidade pode prevenir o atos auto destrutivos. Seguindo o pensamento de Durkheim (1966), tradicionalmente tem-se atribuído a proteção contra suicídio promovida pela religião à maior integração social promovida pelas atividades religiosas. Em seu estudo sobre o tema, este sociólogo identificou uma menor taxa de suicídio entre países católicos em relação aos protestantes. Atribuiu essa diferença ao maior individualismo e menor interação social promovidos pelo protestantismo.

Para Durkheim, duas dimensões integradoras da religião são as crenças e as práticas. Quanto mais numerosas e fortes forem elas, maior será a integração da pessoa à vida do grupo e menor será a probabilidade de suicídio. A participação do indivíduo no grupo dá à vida maior sentido, provê significado através da devoção a outros, fornece uma ideologia, distraindo a pessoa de problemas pessoais que poderiam, em outras circunstâncias, liberar tendências suicidas.

Durkheim usou a afiliação religiosa como medida, apresentando a idéia que protestantes teriam menor integração que católicos, pois apresentavam menos rituais e crenças coletivas (por exemplo: não comer carne às sextas-feiras, confissão, freqüentar a igreja compulsoriamente todas as semanas, normas contra divórcio e novo casamento, proibição de mudar de religião). Nos países católicos, a participação religiosa evitaria a anomia, pela maior possibilidade de integração, pois esta religião requer contatos mais freqüentes com outros através dos sacramentos, confissão e o ato de ir à missa, enquanto que a religião protestante, por ser mais individualista, não requereria tanta interação social, e, assim, não proveria uma maneira de evitar o suicídio.

Além de propiciar uma rede social de apoio, outros mecanismos são propostos para explicar o efeito protetor contra suicídio que a religião possui. Stack (1983a) sugeriu alguns deles:

- crenças na vida após a morte e em um Deus amoroso
- Proporcionar objetivos à vida e auto-estima
- Fornecendo modelos de enfrentamento de crises
- Dar significado às dificuldades da vida
- Oferecer uma hierarquia social (que muitas vezes difere da hierarquia socioeconômica da sociedade)
- Desaprovação enfática do suicídio

Um modo pelo qual a religião pode proteger contra o suicídio é a chamada dissonância cognitiva, ou seja, o quanto as crenças religiosas são incompatíveis com idéias suicidas, gerando uma menor admissibilidade do comportamento suicida (Hoelter, 1979). A tolerância ao suicídio pode ser o mediador entre as crenças religiosas e o risco de comportamento suicida (Stack, 1991). Há evidências de que indivíduos com maior tolerância ao suicídio têm maior risco de comportamento suicida (Bagley, 1989). A grande maioria das religiões desaprova energeticamente o suicídio, desde as ocidentais ao hinduísmo e islamismo (Bathia, 2002).

Mais recentemente, alguns estudos estão testando a hipótese de que a religião protegeria do suicídio pela maior interação social que proporciona. Neeleman e cols. (1997) analisaram dados de 19 países ocidentais e encontraram que a religiosidade se associou negativamente com tolerância ao suicídio e taxas de suicídio. A pesquisa evidenciou que as taxas de suicídio se relacionam mais fortemente com os níveis de crença religiosa e intolerância ao suicídio (dissonância cognitiva) que com a filiação religiosa ou a frequência aos serviços religiosos (integração social nos grupos religiosos). Para os homens, a associação entre crença religiosa e intolerância ao suicídio foi mais intensa em países mais

religiosos. Para as mulheres, o nível de tolerância ao suicídio dependeu mais de suas próprias crenças que das crenças dominantes no meio. Ou seja, para os homens, diferentemente das mulheres, a tolerância ao suicídio depende em larga escala da influência sociológica (viver em um ambiente religioso) além de suas próprias crenças. O mesmo autor (Neeleman, 1998) investigando as causas de uma menor taxa de suicídio entre os negros em relação aos brancos nos EUA, detectou que os altos níveis de crença e de importância da religião entre os negros explicaram as diferenças de suicídio de modo mais consistente que as variáveis socioeconômicas, raciais e mesmo de frequência a grupos religiosos. Como já citamos, no estudo de Nisbet e cols. (2000), mesmo após controlar para o nível de interação social, a participação regular em atividades religiosas se relacionou com um risco de suicídio 4 vezes menor que aqueles que nunca participam. Este estudo evidencia que a participação religiosa pode trazer benefícios além daqueles advindos meramente do apoio social.

Num estudo recente (Nonnemaker, 2003), 16.306 adolescentes que relataram pertencer a alguma religião foram avaliados em sua religiosidade nos aspectos públicos (frequência a atividades religiosas) e privados (qual a importância que dá à religião e qual a frequência com que ora). Embora a religiosidade pública tenha se associado a menor sofrimento emocional, apenas os adolescentes com maior religiosidade privada tinham menor probabilidade de pensamentos ou tentativas suicidas.

Koenig et al (2001) revisaram a importância e os possíveis mecanismos pelos quais a religião pode colaborar num modo exitoso do paciente lidar com doenças graves. Vários estudos indicam que a religião é um recurso muito utilizado por pacientes para lidarem melhor com o processo de adoecimento. Pesquisas apontam menores índices de depressão em pacientes clínicos que recorrem à religião como modo de lidar com a doença. Crenças e

práticas religiosas podem aliviar o estresse associado ao adoecimento, permitir manter um senso de controle sobre o que está ocorrendo, manter a esperança e um senso de significado e propósito na vida, bem como na própria doença. Atividades como orar e auxiliar outras pessoas com problemas ainda mais sérios podem reduzir a solidão, a sensação de isolamento e também impedir que o paciente fique obsessivamente ruminado seus problemas. 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.

Stack (1992) sintetiza os achados sobre a relação entre religião e suicídio: Rituais e crenças religiosas têm participação importante na sua prevenção. Outras medidas de religiosidade como frequência a serviços religiosos, pertencer a uma comunidade religiosa, e força da crença e da organização forneceram resultados mistos, mas, em geral, apoiando a idéia de que a religião diminui a taxa de suicídio. Outros acham que o compromisso religioso é o aspecto-chave da prevenção, e outros ainda consideram como tal, a organização religiosa (estrutura hierárquica, laços grupais).

O que se sabe hoje é que não basta relacionar simplesmente as taxas de suicídio com a religião de uma pessoa ou a predominante em uma região. Mais importante que isso é o significado e a importância que a religião tem para a vida daquela pessoa, o que pode variar muito entre indivíduos da mesma religião. Além disso, mesmo pessoas ou grupos pouco religiosos podem sofrer forte influência das crenças religiosas das gerações anteriores. Ou seja, a cultura dos antepassados formam a base sobre a qual formamos nossas atitudes e crenças frente à morte, suicídio, padrões familiares, estilos de vida, papéis de gênero, etc. (Värnik, 1998).

Comentários finais

Apesar de ser um campo de estudos aberto há mais de cem anos, as relações entre religião e comportamento suicida têm sido objeto de controvérsias duradouras. Em grande parte, estas controvérsias se devem a problemas metodológicos e ao pouco interesse de pesquisadores da saúde mental por esta questão.

Os estudos que tentam relacionar a filiação a certos grupos religiosos e um maior ou menor risco de suicídio não têm demonstrado resultados consistentes. A estratégia que tem se mostrado mais frutífera e com resultados mais consistentes é a avaliação do grau de envolvimento religioso da pessoa e o risco de comportamento suicida. Apesar de ainda haver poucos estudos neste perfil, eles têm evidenciado uma relação negativa entre envolvimento religioso e suicídio.

Uma área ainda pouco estudada diz respeito aos vários possíveis mecanismos pelos quais a religião pode estar associada a menor risco de suicídio. A hipótese mais tradicional, a maior coesão social, tem sido complementada por fatores mais subjetivos como a crença pessoal e estrutura cognitiva fornecida pelas diversas religiões.

Em resumo, faz-se mister uma maior atenção às variáveis relacionadas à religiosidade nos estudos sobre o suicídio, bem como na prática clínica, pois ela tem se mostrado um importante fator protetor contra atos suicidas, embora ainda restem muitas questões a serem respondidas por futuras pesquisas. Importante ressaltar que o Brasil não tem produzido de modo consistente pesquisas que colaborem para uma melhor compreensão do tema. Pela diversidade religiosa de nosso país, os pesquisadores nacionais têm a tarefa de ampliar os estudos das relações entre religiosidade e comportamento suicida, bem como de investigar o quanto os achados de pesquisas realizadas em outras culturas se aplicam à nossa população.

Referências Bibliográficas:

Argyle, M. e Beith-Hallahmi, B.; **The social psychology of religion**. London, Routledge & Kegan, 1975.

Bagley, C. e Ramsay, R. Attitudes toward suicide, religious values and suicidal behavior.

In: Diekstra, F.W., Diekstra R F., Maris, R, Platt S, Schmidtke A e Sonneck G. (eds.)

Suicide and its prevention. Leiden, Brill, 1989, 78-90.

Balfour, A. e Hamilton, C.M.; Attempted suicide in Glasgow. **British Journal of Psychiatry** 109: 609-615, 1963.

Bhatia, M.S. Stigma, suicide and religion. **British Journal of Psychiatry** 180: 188-189, 2002.

Comstock, G.W. e Partridge, K.B. Church attendance and health. **Journal of Chronic Disease** 25: 665-672, 1972.

Conrad, N. Where do they turn? Social support systems of suicidal high school adolescents. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services** 29: 14-20, 1991.

Cook, J.M.; Pearson, J.L.; Thompson, R.; Black, B.S.; Rabins, B.V. Suicidality in older African Americans findings from the EPOCH Study. **American Journal of Geriatric Psychiatry** 10: 437-446, 2002.

Donahue, M.J. e Benson, P.L. Religion and the well-being of adolescents. **Journal of Social Studies** 51: 145-160, 1995.

Douglas, J. **The Social Meaning of Suicide**. Princeton, NJ, Princeton University Press,

1967.

Durkheim, E. Suicide. New York, Free Press (original 1897), 1966.

Epps, P. Women in prison on "attempted suicide" charges. **Lancet** 273: 182-184, 1957.

Gallup, G.H. Religion in America. Princeton, NJ, The Gallup Organization Inc, 1996.

Gartner, J.; Larson, D.B.; Allen, G. Religious commitment and mental health: a review of the empirical literature. **Journal of Psychology and Theology** 19: 6-25, 1991.

Hall, R.C.W.; Platt, D.E.; Hall, R.C. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. **Psychosomatics** 40:18-27, 1999.

Hilton, S.C.; Fellingham, G.W.; Lyon, J.L. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. **American Journal of Epidemiology** 155: 413-419, 2002.

Hoelter, J.W. Religiosity, fear of death and suicide acceptability. **Suicide Life Threatening Behavior** 9: 163-172, 1979.

Jacobs, J. A phenomenological study of suicide notes. **Social Problems** 15: 60-72, 1967.

Jarvis, G.K. e Northcott, H.C. Religion and differences in morbidity and mortality. **Social Science and Medicine** 25: 13-824, 1987.

Kehoe, N.C. e Gutheil, T.G. Neglect of religious issues in scale-based assessment of suicidal patients. **Hospital Community Psychiatry** 45: 366-369, 1994.

King, S.R.; Hampton, W.R.; Bernstein, B.; Schichor, A. College students' views on suicide. **Journal of American College of Health** 44: 283-287, 1996.

Koelter J W. Religiosity, fear of death and suicide acceptability. **Suicide and Life-Threatening Behavior** 9: 163-172, 1979.

Koenig H. G.; Larson D. B.; Larson S. S. Religion and Coping with Serious Medical Illness. **The Annals of Pharmacotherapy** 35:352-359, 2001.

Koenig G.G.; McCullough M.E.; Larson D.B. **Handbook of religion and health**. Oxford, Oxford University Press, 2001.

Kranitz L., Abrams J., Spiegel D.; Keith-Spiegel P. Religious beliefs of suicidal patients. **Psychological Reports** 22: 936, 1968.

Morphew, J.A. Religion and attempted suicide. **International Journal of Social Psychiatry** 14: 188-192, 1968.

Neeleman, J.; Halpern, D.; Leon, G.; Lewis, G. Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. **Psychological Medicine** 27: 1165-1171, 1997.

Neeleman, J; Wessely, S; Lewis, G. Suicide acceptability in African- and white Americans: the role of religion. **Journal of Nervous and Mental Disease** 186:12-16, 1998.

Nelson, F.L. Religiosity and self-destructive crisis in the institutionalized elderly. **Suicide Life-threatening Behavior** 7: 67-74, 1977.

Nisbet, P. A.; Duberstein, P.R.; Conwell, Y.; Seidlitz, L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. **Journal of Nervous and Mental Disease** 188: 543-546, 2000.

Nonnemaker, J.M.; McNeely, C.A.; Blum, R.W. Public and Private Domains of Religiosity and Adolescent Health Risk Behaviors: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **Social, Science & Medicine** 57: 2049-2054, 2003.

Pessini, L. A Eutanásia na Visão das Grandes Religiões Mundiais. **Bioética** 7(1):83-99,

1999.

Stack, S. The effect of religious commitment on suicide. A cross-national analysis. **Journal of Health and Social Behavior** 24: 362-374, 1983.

Stack, S. A comparative analysis of suicide and religiosity. **Journal of Social Psychology** 119: 285-286, 1983a.

Stack, S. Religiosity, depression, and suicide. In: Schumaker, J.F. (ed.) **Religion and Mental Health**. New York, Oxford University Press, 1992.

Stack, S.; Wasserman, I.; Kposowa, A. The effects of religion and feminism on suicide ideology: an analysis of national survey data. **Journal for the Scientific Study of Religion** 33: 110-121, 1994.

Stack, S.; Lester, D. The effect of religion on suicide ideation. **Social Psychiatry Epidemiology** 26: 168-170, 1991.

Stark, R.; Doyle, D.P. e Rushing, L. Beyond Durkheim: religion and suicide. **Journal for the Scientific Study of Religion** 22: 120-131, 1983.

Stengel, E. **Suicide and Attempted Suicide**. Penguin Books, Baltimore, 1964.