



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Luciene de Jesus Nery

**O comportamento suicida e a religiosidade:
revisão sistemática de literatura**

Rio de Janeiro

2013

Luciene de Jesus Nery

**O comportamento suicida e a religiosidade:
revisão sistemática de literatura**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck
Coorientadora: Prof.^a Dra. Claudia de Souza Lopes

Rio de Janeiro
2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

N456 Nery, Luciene de Jesus.
O comportamento suicida e a religiosidade : revisão sistemática de literatura / Luciene de Jesus Nery. – 2013.
117 f.

Orientador: Guilherme Loureiro Werneck.

Coorientadora: Cláudia Lopes de Souza.

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Comportamento suicida - Teses. 2. Religiosidade - Teses. 3. Suicídio – Teses. 4. Suicídio – Aspectos psicológicos - Teses. I. Werneck, Guilherme Loureiro. II. Souza, Cláudia Lopes de. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 179.7:2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Luciene de Jesus Nery

O comportamento suicida e a religiosidade: revisão sistemática de literatura

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 10 de maio de 2013.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck
Instituto de Medicina Social - UERJ

Coorientadora: Prof.^a Dra. Claudia Lopes de Souza
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Rosely Sichieri
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Neury José Botega
Universidade de Campinas

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

A meu pai Wilson (*in memoriam*), que me apresentou o aprendizado como o bem mais seguro que podemos ter. À minha mãe Maria de Lourdes, com todo amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus que permitiu minha chegada até aqui.

A o meu orientador Guilherme Loureiro Werneck que com sua tranquilidade e paciência me acompanhou generosamente acreditando em meu trabalho.

À minha co-orientadora Claudia de Souza Lopes, pela generosidade, cuidado, apoio e paciência.

Às amigas da Epidemiologia, Claudia Christina Sobrinho do Nascimento, companheira de viagens e, Rafaella Borges Loureiro pelo apoio em todos os momentos de angústias e alegrias, além do colega Carlos Eduardo Raymundo por toda a ajuda nos momentos estatísticos desta caminhada.

À minha madrinha Eny Brum Borges por todo o carinho e apoio que somente uma madrinha de verdade sabe oferecer.

A querida Prof. Dra. Célia Ferreira Novaes, que desde minha formação inicial, na PUC-Rio esteve presente, incentivando a continuidade do aprendizado, mostrando que por mais árduo que pareça o caminho, vale muito o caminhar.

Ao querido Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante por todo incentivo, amizade e carinho, acreditando sempre que seria possível.

Aos amigos do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial Ensp/ Fiocruz, por todo o apoio e por entenderem os momentos de ausência.

Ao Prof. Carlos Eduardo Estellita-Lins e sua equipe, pelo apoio e o compartilhamento do conhecimento sobre o tema.

Às amigas Andréia Costa e Beatriz Silva que sempre acreditaram na realização deste trabalho.

Aos docentes do IMS por compartilharem seu conhecimento.

Aos funcionários administrativos deste instituto, em especial Eliete, Silvia e Simone, por todo o carinho, paciência e alegria com que sempre me receberam.

E a todos aqueles amigos que de perto, ou longe, me incentivaram e apoiaram nesta etapa.

Tem dias que a gente se sente
como quem partiu ou morreu.
A gente estancou de repente
ou foi o mundo então que cresceu.
A gente quer ter voz ativa,
no nosso destino mandar,
mas eis que chega a roda-viva
e, carrega o destino pra lá...
Roda mundo, roda-gigante,
roda-moinho, roda pião,
o tempo rodou num instante,
nas voltas do meu coração...

Chico Buarque de Hollanda

RESUMO

NERY, Luciene de Jesus. *O comportamento suicida e a religiosidade: revisão sistemática de literatura*. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O papel da religiosidade na determinação do comportamento suicida é controverso, havendo estudos que a consideram um fator protetor e outros um fator de risco. Neste estudo os autores conduziram uma revisão sistemática da literatura para avaliar a relação entre a religiosidade e o comportamento suicida. Dentre os 154 artigos publicados em periódicos científicos inicialmente identificados nas bases Medline, Lilacs, Scielo e PsycInfo, foram selecionados 59 artigos que enfocavam a associação entre religiosidade e comportamento suicida. Para a avaliação dos atributos qualitativos dos artigos foi desenvolvido um Roteiro de Avaliação Qualitativa. Os resultados mostram que grande parte dos artigos encontrados apresentava falta de rigor metodológico na mensuração do conceito de religiosidade, possivelmente devido à característica subjetiva desse constructo. Contudo, verificou-se que o papel protetor contra o comportamento suicida exercido pela religiosidade, sofre variações de acordo com a cultura na qual está inserida, considerando que para algumas culturas o comportamento suicida não é visto com total desaprovação. Porém, a maioria dos estudos reforça a hipótese de que a religiosidade diminui o risco de comportamento suicida nos indivíduos que professam algum tipo de credo e, que participam de algum espaço religioso. Não foram encontrados, nesta pesquisa, estudos que medissem a associação, entre religiosidade e comportamento suicida, em religiões de matriz africana.

Palavras-chave: Religiosidade. Comportamento suicida. Ideação suicida. Tentativa de suicídio. Suicídio.

ABSTRACT

NERY, Luciene de Jesus. *Religiosity and Suicide Behaviour – systematic literature review*. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The role of religiosity in determining suicidal behavior is controversial, since there are studies where it's considered a protective factor and others, a risk factor. In this study, the authors conducted a systematic literature review to assess the relationship between religiosity and suicidal behavior. Among the 154 articles published in scientific journals initially identified in Medline, Lilacs, SciELO and PsycInfo, we selected 59 articles that focused on the association between religiosity and suicidal behavior. To evaluate the qualitative attributes of the articles, a Qualitative Evaluation Script was developed. The results show that most articles found presented a lack of methodological rigor in measuring the concept of religiosity, possibly due to the subjective characteristic of this construct. However, it was found that the protective role against suicidal behavior exercised by religion, varies according to the culture in which it operates, whereas in some cultures suicidal behavior is not seen with total disapproval. However, most studies support the hypothesis that religiosity reduces the risk of suicidal behavior in individuals who profess some kind of belief, and participates in some religious space. Were not found, in this research, studies which measure the association between religiosity and suicidal behavior in religions of African origin.

Keywords: Religiosity. Suicidal behavior. Suicidal ideation. Suicide attempt. Suicide.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Taxas de suicídio por grupos de idade no Brasil de 1980 a 2006	24
Tabela 1	Distribuição das taxas de suicídio no Brasil por regiões e por sexo de 1890 a 2006	25
Tabela 2	Suicídios segundo sexo e meio utilizado, Brasil (1980 – 2000)	26
Figura 2	Taxas de lesões auto-inflingidas não fatais nos EUA por sexo, faixa etária e ano 2001 – 2006	28
Figura 3	Comportamento suicida ao longo da vida	29
Figura 4	Instrumentos utilizados para avaliação do comportamento suicida	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fatores predisponentes e fatores precipitantes para o comportamento suicida.....	30
Quadro 2	Fatores protetores para o comportamento suicida	31
Quadro 3	Termos utilizados para busca nas bases de publicações.....	47
Quadro 4	Diagrama da revisão sistemática	59
Quadro 5	Características gerais da amostra nos estudos observacionais sobre religiosidade e comportamento suicida	62
Quadro 6	Estudos observacionais sobre religiosidade e comportamento suicida	75
Quadro 7	Comparação do conjunto de artigos avaliados com o STROBE	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIREME	Biblioteca regional de Medicina (também conhecida por BVS - Biblioteca Virtual em Saúde)
CVV	Centro de Valorização da Vida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
JabRef	Gerenciador de referências bibliográficas
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (sistema de consultas ao PUBMED)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUBMED	portal de dados do Centre for Biotechnology Information (mantido pela National Library of Medicine - governo dos Estados Unidos da América)
SciELO	Scientific Electronic Library Online - coleções de publicações
Sedesc- RJ	Secretaria estadual de saúde e defesa civil – Rio de Janeiro
SIM	Sistema de informações sobre mortalidade (Ministério da Saúde – Brasil)
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
SUPREMISS	Multi-Site Intervention Study on Suicidal Behaviours (Estudo de Intervenção do Comportamento Suicida)

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	Comportamento suicida	15
1.1	O suicídio na obra de Durkheim	16
1.1.1	<u>Suicídio egoísta</u>	17
1.1.2	<u>Suicídio altruísta</u>	19
1.1.3	<u>Suicídio anômico</u>	20
1.2	Epidemiologia do comportamento suicida	22
1.3	As tentativas de suicídio e outros comportamentos suicidas	27
1.4	Fatores de risco	29
1.5	Prevenção ao suicídio	32
1.6	Religião, religiosidade e espiritualidade	35
1.6.1	<u>O fenômeno religioso – a experiência religiosa</u>	37
1.6.2	<u>A religião</u>	37
1.6.3	<u>A religiosidade e a espiritualidade</u>	38
1.6.4	<u>Religião no Brasil</u>	41
1.6.5	<u>A relação religião, espiritualidade e saúde</u>	41
2	JUSTIFICATIVA	44
3	OBJETIVOS	45
3.1	Objetivo geral	45
3.2	Objetivos específicos	45
4	MATERIAL E MÉTODOS	46
4.1	Tipo de estudo	46
4.2	Crerios de elegibilidade dos estudos	46
4.3	Estratgia de busca das publicações	47
4.3.1	<u>Identificação dos estudos</u>	47
4.4	Coleta e análise de dados	48
4.4.1	<u>Identificação dos estudos</u>	48
4.4.2	<u>Gerenciamento das referências bibliográficas</u>	48
4.4.3	<u>Seleção dos estudos</u>	48
4.4.4	<u>Avaliação da qualidade metodológica dos estudos</u>	48

4.4.5	<u>Extração das informações dos estudos</u>	49
4.5	Estudo piloto	50
5	RESULTADOS: RELIGIOSIDADE E COMPORTAMENTO SUICIDA – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA (artigo)	51
6	CONCLUSÃO	99
	REFERÊNCIAS	100
	ANEXO A - Roteiro de avaliação qualitativa	109
	ANEXO B – STROBE (checklist de itens de qualidade)	116

INTRODUÇÃO

Esse trabalho de dissertação é parte integrante dos requisitos para a conclusão do Mestrado em Saúde Coletiva, tendo como área de concentração Epidemiologia, ministrado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e, tem como foco a avaliação da relação entre o comportamento suicida e a religiosidade, através de uma revisão sistemática de literatura, utilizando estudos observacionais publicados em periódicos científicos disponíveis nas principais base de dados eletrônicas, Medline, Scielo, Bireme, PsycInfo, considerando o período existente em cada base.

A primeira parte deste estudo apresenta o conceito de comportamento suicida e, sua relevância como problema de saúde pública, configurando entre as 10 primeiras causas de mortalidade no mundo, que tem atingido, em especial, indivíduos jovens, parcela da população na qual se identifica maior incremento das taxas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Trazemos, de forma breve, os principais aspectos da tipologia de suicídio desenvolvida pelo primeiro estudioso do tema, Émile Durheim, em sua obra datada de 1897, *Le Suicide*, onde considerou a relação desse desfecho em saúde com a religiosidade. A conceituação estabelecida, apesar de ser questionada por alguns estudiosos, ainda é utilizada como base para o entendimento do tema, não tendo assim, sido superada. Também, nesta primeira parte, esclarecemos aspectos da epidemiologia deste comportamento, principais fatores de risco, possibilidades de prevenção, a conceituação de religiosidade e, a diferenciação entre os termos que, por muitas vezes são utilizados como equivalentes, religião e espiritualidade.

Observamos que pesquisas sobre o comportamento suicida, e sua associação com variados fatores sociodemográficos, têm sido conduzidas ao redor do mundo. A religiosidade é um determinante social muito estudado em sua relação com variados desfechos em saúde e configura, em muitos estudos, como um fator de proteção, porém algumas divergências são encontradas nesta associação. Desta forma, estabelecemos como objetivos deste estudo, avaliar a associação entre

religiosidade e comportamento suicida, descrever os tipos de comportamento suicida abordados na literatura epidemiológica, analisar as abordagens teóricas e empíricas sobre religiosidade e avaliar a qualidade dos estudos sobre a associação destas variáveis disponíveis nas principais bases de dados nacionais e internacionais no campo da saúde.

Após a conceituação do tema, a etapa seguinte deste estudo consistiu em estabelecer os parâmetros para a busca dos estudos nas bases de dados, e no desenvolvimento de um instrumento próprio para a extração das informações sobre nosso objeto de pesquisa, foi desenvolvido um estudo piloto como forma de avaliar o protocolo estabelecido e fazer ajustes e correções que se apresentaram necessárias.

Os resultados são apresentados em formato de artigo científico conforme recomendação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social.

1 COMPORTAMENTO SUICIDA

O suicídio, ato pelo qual o indivíduo, aparentemente, de forma voluntária, põe fim a própria vida é o desfecho de um *continuum* de atitudes que buscam o encerramento de um ciclo de sofrimentos ao qual ele não conseguiu superar. Essa voluntariedade do ato, porém, do ponto de vista consciente e estrito, não é tão clara como em geral se assume. Segundo Cassorla (1994), pode não ser fácil diferenciar um suicídio da morte aparentemente acidental ou de um homicídio, citando como exemplo Toolan (1975), para quem 50% dos suicídios seriam rotulados como acidentes. O suicida enfrenta o dilema de querer morrer e viver ao mesmo tempo. E o resultado de um ato de violência auto-inflingida (morte ou sobrevivência) será determinado pela força desses desejos e por circunstâncias tais como o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições prévias de saúde. O suicídio, no entanto, nem sempre é fruto de uma atitude consciente do indivíduo, como pode ser percebido em pacientes que sofrem de perturbações do pensamento e do afeto, que sofrem alucinações ou vivenciam estados confusionais ou turvação da consciência (Cassorla, 2004).

Cassorla (2004) clarifica esse *continuum* de comportamentos que pode ter por desfecho o suicídio “consciente”, baseando-se na intencionalidade e letalidade, esta última passível de ser vista clinicamente. Entre os estudiosos do suicídio é chamada de “intencionalidade” a intensidade do desejo do indivíduo em acabar com sua vida e “letalidade” as consequências do ato, em termos de gravidade médica. Dessa forma teremos os seguintes graus de intencionalidade e gravidade: (1) falar em “suicídio”, que se trataria de algo em estado potencial, ainda no plano verbal; (2) a ideia ou pensamento suicida, em que o ato existe virtualmente; (3) a ameaça suicida, em que o indivíduo anuncia seu ato; (4) o gesto suicida, termo utilizado para atos com caráter manipulativo e onde a intencionalidade parece inexistir; (5) a tentativa de suicídio ambivalente, onde o indivíduo está consciente de sua indecisão e aparentemente não pode escolher entre a vida e a morte; (6) a tentativa de suicídio deliberada, quando a intenção seria realmente a de morrer; (7) o suicídio propriamente dito, que costuma ser chamado de exitoso ou completo.

Ainda segundo Cassorla (2004), frequentemente utiliza-se o termo “ato suicida” para todo ato em que um indivíduo cause uma lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo para tal ação. Também é utilizado o termo “parassuicídio”, definido como ato que mimetiza o ato suicida, mas não resulta em um desfecho fatal, independente da gravidade resultante e da intencionalidade associada a ele.

Adotaremos neste trabalho o conceito de “comportamento suicida”, definido como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intencionalidade letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. É uma definição aceita pela OMS e que abrange um conjunto diferenciado de fenômenos constituído por pensamentos autodestrutivos, ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente o suicídio (Werlang et al. 2004).

1.1 O suicídio na obra de Durkheim

Émile Durkheim em sua obra original de 1897, *Le Suicide*, iniciou os estudos sobre o tema, lançando luz a um assunto que até os dias atuais ainda é considerado tabu, embora muitos estudos tenham sido desenvolvidos e ações de saúde pública em diferentes países sido desencadeadas.

Para Durkheim, o suicídio é compreendido como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria este resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte.

O autor, em sua obra, estabeleceu uma tipologia para o melhor entendimento das motivações do indivíduo que manifesta o comportamento suicida. Foram estabelecidas diferentes formas de suicídio considerando diferentes fatores, nos quais cada um teria uma natureza própria, sendo para isso necessário que existam certas condições que lhe são específicas (Durkheim, 2004).

Podemos então, a partir da obra de Durkheim, compreender os seguintes tipos principais de suicídio: suicídio egoísta; suicídio altruísta e suicídio anômico.

1.1.1 Suicídio egoísta

Já em Durkheim encontramos o estabelecimento de relação entre a religião, como fenômeno sociológico, e o comportamento suicida. Nesta forma de suicídio o autor observou a maneira como as diferentes crenças religiosas agiam sobre este comportamento. A partir da observação dos diferentes índices de suicídios, considerando as diferentes modalidades religiosas, católicos, protestantes e judeus em diferentes regiões da Europa, nos anos entre 1883 e 1890, o autor encontrou taxas mais altas de suicídio entre os que professavam a fé protestante, mesmo considerando que as duas principais religiões em número de fiéis (catolicismo e protestantismo), apresentam em suas doutrinas uma proibição veemente ao suicídio, como se esta fosse originária do próprio Deus.

O autor atribui como um dos motivos prováveis, que justificariam essa diferença de taxas, o fato de que o protestantismo seria, de certa forma, autor de sua crença, dando maior liberdade de interpretação das Escrituras ao fiel, estabelecendo, assim, um caráter de individualismo religioso. Ao passo que o catolicismo, por sua forte hierarquização e ritualidade de culto, ofereceria uma fé pronta baseada na tradição, que, dificilmente, está sob possível mudança. Assim, a propensão ao suicídio estaria relacionada ao livre exame que experimenta o fiel protestante. O livre exame, porém, seria reflexo da necessidade de construção da fé pelo próprio indivíduo, necessidade essa, fruto da falência das crenças tradicionais. Assim, quanto mais um grupo confessional deixa ao julgamento dos indivíduos, mais ele estaria ausente de suas vidas, menos teria coesão e vitalidade. Sendo assim, a maior frequência do suicídio no grupo protestante se deveria ao fato de ser uma Igreja menos fortemente integrada que a Igreja católica (Durkheim, 2004). Esse fato também explicaria a situação do judaísmo, que apresentou baixas taxas de suicídio entre seus membros, que por terem sido muito perseguidos pelo cristianismo, tornou-se uma comunidade mais solidária e coesa.

A instrução também exerce papel fundamental na teoria durkheimiana, pois, para o autor, a busca pela instrução se daria a partir da pouca consistência da tradição para o indivíduo, quando esta não mais o preenche de significados e explica

o mundo no qual se insere, sendo a ciência o único meio que possibilita a livre reflexão.

“O homem procura se instruir e se mata por que a sociedade religiosa de que ele faz parte perdeu sua coesão; mas ele não se mata por se instruir. Também não é a instrução que ele adquire que desorganiza a religião; mas é porque a religião se desorganiza que surge a necessidade da instrução. Esta não é buscada como meio de destruir as opiniões recebidas, mas porque a destruição delas começou”.
(Durkheim, 2004: 201).

Ainda referindo-se à religião:

“... não é à natureza especial das concepções religiosas que se deve a influência benéfica da religião. Se ela protege o homem contra o desejo de se destruir, não é por lhe pregar, com argumentos sui generis, o respeito por sua pessoa; é por ela ser uma sociedade. O que constitui essa sociedade é a existência de um certo número de crenças e de práticas tradicionais e por conseguinte obrigatórias, comuns a todos os fiéis”.
(Durkheim, 2004: 203).

O suicídio egoísta também é descrito considerando outras sociedades, e não somente a religião como produtora de um efeito protetor, como família e a sociedade política.

Durkheim concluiu que o casamento teria sobre o suicídio uma ação preservadora, embora restrita, e que seria exercida somente sobre o sexo feminino. Considerou que o fator essencial da “imunidade” das pessoas casadas seria, na verdade a família, isto é, o grupo completo formado pelos pais e filhos. “Os cônjuges contribuiriam como pais e mães, espécie de funcionários da associação familiar, se a morte de um deles aumenta a probabilidade de o outro se matar, não é pelos laços que unem pessoalmente um ao outro serem rompidos, mas porque disso resultaria um transtorno da família, cujo contragolpe seria sofrido pelos sobreviventes” (Durkheim, 2004:242). Assim, a sociedade doméstica, tal qual a sociedade religiosa, seria um potente preservativo contra o suicídio, sendo essa preservação mais completa quanto mais densa for a família, quanto maior o número de seus elementos. O maior número de elementos em uma família, para o autor, propiciaria um ambiente mais rico em experiências emocionais e interações.

Quanto às sociedades políticas, os suicídios que, em geral, são pouco frequentes em sociedades jovens multiplicar-se-iam conforme elas se desintegram. Porém, a sociedade não se desintegra sem que, de forma similar, o indivíduo se desligue da vida social, sem que seus fins próprios se tornem preponderantes sobre os fins comuns, sem que sua personalidade tenda a se colocar acima da personalidade coletiva. Quanto mais os grupos a que pertencem se enfraquecem, menos o indivíduo depende deles e, por conseguinte, mais depende apenas de si mesmo para não reconhecer outras regras de conduta que não as que se baseiam em seus próprios interesses. Assim o termo egoísta foi adicionado a esta forma de suicídio, por esta se caracterizar pela grande individuação gerada pela desintegração da sociedade a qual o indivíduo pertence.

“A vida, diz-se, só é tolerável quando percebemos nela alguma razão de ser, quando ela tem um objetivo que valha a pena. Ora, o indivíduo, por si só, não é um fim suficiente para sua atividade. Ele é muito pouca coisa. Além de ser limitado no espaço, é estreitamente limitado no tempo. Portanto, quando não temos outro objetivo além de nós mesmos, não podemos escapar à ideia de que nossos esforços estão, afinal, destinados a se perder no nada, pois a ele devemos voltar. Mas a anulação nos apavora. Nessas condições, não conseguimos ter coragem para viver, ou seja, para agir e lutar, uma vez que, de todo esse trabalho que temos nada irá restar.”
(Durkheim, 2004:260)

1.1.2 Suicídio altruísta

Esta outra forma de suicídio descrita por Durkheim não seria decorrente de uma individuação excessiva, mas ocorreria devido a uma individuação insuficiente. Segundo o autor, o homem procuraria o suicídio quando é desligado da sociedade, assim como quando é integrado de forma demasiadamente forte a ela.

Entre os povos primitivos, o suicídio altruísta seria muito frequente, mas com características muito particulares, conforme os exemplos citados pelo autor:

- Entre os povos celtas, ocorriam com relativa frequência suicídios de homens que chegavam ao limiar da velhice ou eram afetados por doenças, por acreditarem que aos que morriam de velhice, lhes era reservado um destino terrível, ao contrário do que ocorria aos que morriam ainda no auge de suas

forças. A morte que chegava ao ser esperada, passando-se o tempo, era vista como desonra da vida.

- Suicídio de mulheres por ocasião da morte do marido, costume dos povos hindus, onde as viúvas eram obrigadas a se matar quando seus maridos morriam.

A morte nesses casos é em função de uma espécie de “dever” de morrer, pois sua sobrevivência (ou resistência) era punida com desonra e castigos religiosos que incluíam a privação dos ritos funerários.

Essas formas de suicídio seriam possíveis a partir da experiência partilhada nessas comunidades, onde o espaço do indivíduo na vida coletiva é pequeno, pois este é absorvido pelo grupo no qual está fortemente integrado. Assim, a sociedade na qual vive faz com que sua vida seja totalmente vigiada, dependente, tornando muito fraca sua individuação. Este tipo de suicídio o autor designou como altruísta, por ser fruto de um não pertencimento do indivíduo, onde sua conduta é regulada por algo exterior a ele, à sua própria vontade, resultado de um intenso altruísmo.

1.1.3 Suicídio anômico

Durkheim, em sua teoria, inclui o conceito de anomia na descrição de uma de suas formas de suicídio. Segundo Johnson (1995), anomia é uma situação social onde falta coesão e ordem, especialmente no tocante a normas e valores. Se normas são definidas de forma ambígua ou, implementadas de maneira casual ou arbitrária; na ocorrência de calamidades que subvertam o padrão habitual da vida social, criando uma situação em que torna obscuras quais normas são aplicadas ou; se um sistema é organizado de forma a promover isolamento e autonomia do indivíduo ao ponto das pessoas se identificarem mais com seus interesses do que com os do grupo ou da comunidade como um todo, o resultado poderá ser a anomia ou “falta de normas”. Essa “falta de normas” e consequente perda de coesão social, ocasiona alguns impasses no desenvolvimento da vida cotidiana, subsidiando assim o conceito de suicídio anômico.

Segundo Durkheim, o homem possui necessidades e desejos que vão além das imprescindíveis para a manutenção da vida diária. Esses desejos deveriam ser limitados por uma força externa ao indivíduo, já que este não possui nenhuma estrutura ou força que o limite. Essa força, que se faz necessária, para que a vida não se torne uma busca eterna e frustrada da satisfação dos desejos é a moral. “Na medida em que os apetites não são automaticamente contidos por mecanismos fisiológicos, eles só podem se deter diante de um limite que reconheçam como justo” (Durkheim, 2004:315). Esse papel de moderação é atribuído à sociedade, considerando-a como possuidora de um poder moral superior ao do indivíduo e ao qual ele se submete. A limitação que ela impõe seria relativa, já que se expande até certa margem que possibilita crescimento individual, e a moderação advinda dela faz com que o indivíduo tenha um sentimento de conforto e estímulo para a melhoria de sua vida, propiciando o prazer de estar vivo. Assim, o indivíduo se comporta baseado na aceitação de que o que possui é a justa troca por sua atividade.

Neste contexto, quando a sociedade passa por grandes crises ou transformações bruscas, mesmo que favoráveis, essa limitação moral deixa de ser exercida de forma efetiva, possibilitando assim o aumento do número de suicídios.

No suicídio anômico incluem-se formas variadas de crises e transformações que se situam nos âmbitos econômicos, familiar (como divórcios e mortes de cônjuges) e social. Essas mudanças que atingem de forma brusca o equilíbrio que o indivíduo necessita para continuar sua trajetória, mantendo seus desejos e necessidades dentro de um espectro aceitável para a convivência em grupo, fazem com que essa “regulação” moral não atue de forma efetiva, podendo levar a um desinvestimento da vida.

Ao final da descrição da tipologia básica dos suicídios, Durkheim comenta sobre um outro tipo de suicídio, que seria o contrário do suicídio anômico: “É aquele que resulta de um excesso de regulamentação, aquele cometido pelos indivíduos cujo futuro está implacavelmente barrado, cujas paixões são violentamente reprimidas por uma disciplina opressiva” (Durkheim, 2004: 353).

Essa classificação foi de muita importância para o início dos estudos que buscam o entendimento sobre este complexo comportamento. A partir de então, segundo Nunes (1998); Minayo (1998) e Neto (1998), embora muitos autores, ao

longo do tempo, tenham feito críticas a este modelo, pouco se avançou nas teorias sobre o suicídio após a obra de Durkheim.

A ausência de referências sobre a influência de fatores não sociais agindo isoladamente, ou de forma combinada, nas taxas de suicídio; a confiança de Durkheim nas estatísticas oficiais como medida exata da distribuição das taxas; a não preocupação com o estudo das tentativas de suicídios, além da construção teórica que faz alusão à concepção do autor sobre moralidade e solidariedade social, são algumas das críticas levantadas por autores como Giddens e Lukes *apud* Nunes (1998). Epidemiologistas também criticam o uso de dados agregados como base para inferências individuais - falácia ecológica (Nunes, 1998).

Embora a teoria durkheimiana traga consigo a base do entendimento sobre o comportamento suicida e os fenômenos que o compõem, faz-se necessária uma nova abordagem do problema considerando as transformações sociais do mundo contemporâneo.

1.2 Epidemiologia do comportamento suicida

O suicídio é uma das maiores causas de mortalidade no mundo, atingindo, principalmente, sujeitos jovens, parcela da população em que se tem verificado aumento das taxas. Está situado entre as 10 principais causas de morte e uma das quatro principais entre pessoas com idade entre 15 e 44 anos, tanto em países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos, provocando em média um milhão de óbitos/ano. Estima-se que em 2020 chegue a provocar 1,5 milhões de mortes (OMS, 2003). A mortalidade por suicídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos no mundo, nesse período os maiores coeficientes de suicídio, anteriormente verificados nas faixas mais idosas, agora são detectados entre os mais jovens. De forma geral, a mortalidade por suicídio é mais elevada em países da Europa Ocidental, Ásia e Estados Unidos, porém existem variações interculturais e de faixas etárias.

O comportamento suicida gera grande impacto nos serviços de saúde e

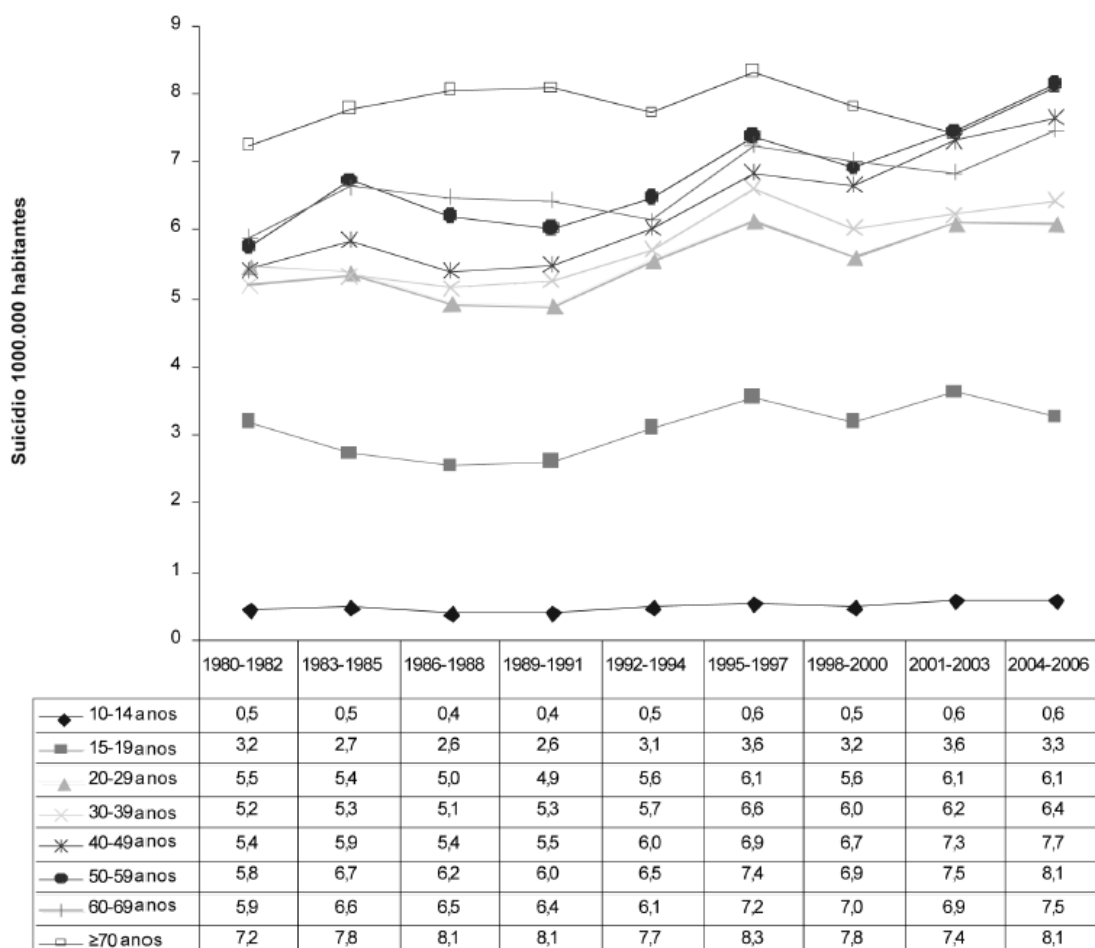
calcula-se que 1,4% da carga global ocasionada por doenças em 2002 deveram-se às tentativas de suicídio. Estima-se que essa contribuição à carga total de doença chegue a 2,4% em 2020 (OMS, 2003).

No Brasil, 24 pessoas morrem por dia por suicídio, deste total cerca de 80% são homens. De acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) em 2011 o total de mortes causadas por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios) chegou a 9852. Estes dados, entretanto, têm seu impacto ofuscado pelo número elevado de mortes por homicídios e acidentes de trânsito que excedem, em média, em seis e quatro vezes respectivamente, o número de suicídios (Chachamovich, 2009).

O Brasil ocupa a 67ª posição no ranking mundial de mortes por suicídio, porém por ser um país populoso, ocupa a 9ª posição quando se considera o número absoluto de casos. Segundo Lovisi (2009), entre 1980 e 2006, foram relatados 158.952 casos, excluindo os casos de indivíduos com menos de 10 anos de idade. Neste período a taxa total de suicídios cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100 mil habitantes, um aumento de 29.5%, tendo sido registrado no ano de 2006 um total de 8.639 suicídios. As taxas de mortalidade entre mulheres ficaram estáveis durante este período, com média de 1,7 por 100 mil habitantes, e entre homens permaneceram estáveis no triênio 1992 – 1994, sofrendo um considerável aumento no triênio 1995 – 1997, e deste triênio até 2006, final do período estudado, permaneceram estáveis com média de sete mortes por 100 mil habitantes.

O mesmo autor, Lovisi (2009), analisando dados de suicídio de 1980 a 2006 por grupos etários (Figura 1), identificou maiores taxas entre indivíduos com mais de 70 anos (média de 7,8 suicídios por 100 mil habitantes), seguida por pessoas do grupo de 50 a 59 anos e do grupo de 60 a 69 anos de idade com taxas médias de 6,8 e 6,7 por 100 mil habitantes, respectivamente. As taxas entre as pessoas de 40 e 49 anos de idade apresentaram maior aumento (43%) durante o período analisado. As taxas mais baixas foram encontradas nos grupos etários de 10-14 e 15-19 anos (média de 0,5 e 3,1 suicídios por 100 mil habitantes, respectivamente), com um crescimento de 20% e 30% respectivamente.

Figura 1 - Taxas de suicídio por grupos de idade no Brasil de 1980 a 2006



Fonte: Lovisi (2009).

As taxas de suicídio variam de acordo com aspectos culturais, sociodemográficos, regionais, e também a forma como essas mortes são registradas. No Brasil, pesquisadores sugerem que os dados sobre suicídios relatados são subnotificados e as informações contidas nos certificados de óbito são de baixa qualidade, o que podem induzir à subestimação das taxas de mortes por suicídios (Botega, 2002).

As variações das taxas podem ser percebidas no que tange ao gênero e, no Brasil, essas variações são significativas também em relação à região, como observado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das taxas de suicídio no Brasil por regiões e por sexo de 1980 a 2006

Regiões	1980 a 1982		1983 a 1985		1986 a 1988		1989 a 1991		1992 a 1994		1995 a 1997		1998 a 2000		2001 a 2003		2004 a 2006	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Norte	2,5	1,2	2,7	0,9	3,0	1,1	3,4	1,0	3,5	1,2	4,0	1,3	4,3	1,4	4,7	1,5	4,9	1,4
Nordeste	2,0	0,8	2,0	0,7	2,0	0,6	2,4	0,8	3,0	0,8	3,7	1,0	3,7	1,0	4,9	1,4	5,8	1,5
Sudeste	5,2	2,1	5,4	2,0	5,2	1,8	5,3	1,6	6,0	1,6	6,8	1,7	6,1	1,4	6,5	1,6	6,5	1,7
Sul	9,0	3,4	10,8	3,6	10,1	3,3	10,4	3,4	11,2	2,9	13,4	3,2	13,9	3,1	13,4	2,9	13,2	3,0
Centro-oeste	4,3	2,0	4,8	2,0	5,3	2,4	5,7	1,8	7,2	2,3	9,0	2,6	8,6	2,5	9,7	2,7	9,1	2,8

Fonte: adaptado de Lovisi et al. 2009:S91.

Na tabela acima se observa que as taxas de suicídio para o sexo masculino mantêm-se em níveis considerados como médios na região sul e sudeste ao longo do período, e na região centro-oeste, a partir do ano de 1986 (considerando a definição da OMS para os coeficientes de mortalidade por suicídio: até 5/100 mil - baixos; de 5 a 15/100 mil – médios; 15 a 30/ 100 mil - alto e, acima de 30/100 mil – muito altos). Para Meneguel *apud* Leal (1992), os coeficientes bem mais elevados no sexo masculino na região sul podem ser, pelo menos em parte, atribuídos ao “desempenho da masculinidade que envolve comportamentos que predispõem ao suicídio incluindo: competitividade, impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo” (Meneguel, 2004:808). Além disso, pessoas engajadas em atividades agropecuárias e pesqueiras, ocupações majoritariamente masculinas, segundo a autora, apresentam maiores coeficientes de mortalidade por suicídio.

Pode-se considerar também, a exposição dos trabalhadores de atividades agrícolas a agentes tóxicos utilizados nas lavouras, como um possível fator de risco para o comportamento suicida e conseqüente incremento das taxas.

Os principais motivos referidos para a concretização do ato suicida vão desde conflitos familiares, sintomas de depressão, solidão, doenças psiquiátricas e alcoolismo, a problemas no trabalho e desemprego (Deslandes, 1999; Werlang et al 2004; Lotufo Neto 2004). O suicídio não é um evento isolado, ele acontece dentro de um sistema social, em um ambiente que pode ser a família, a escola, o lugar de trabalho e, em geral, as queixas com as quais a vítima se apresenta para justificar seu ato são somente o fator desencadeante.

Outra questão importante a se considerar, particularmente com vistas à sua prevenção, é o método utilizado para se cometer o suicídio. Para Bertolote (2009), no mundo, a maioria dos suicídios para ambos os sexos, é consumada através de produtos tóxicos, especialmente defensivos agrícolas como pesticidas e herbicidas, porém, alguns métodos apresentam certa especificidade cultural como atirar-se de lugares altos (Hong Kong), atear-se fogo (na Índia, particularmente por mulheres), intoxicação por gases de escapamento de motores a explosão, como na Inglaterra e Austrália.

No Brasil o método preferencialmente utilizado é o enforcamento, independente do gênero. Quanto aos demais métodos, existem diferenças de gênero no que tange à sua utilização. O envenenamento é o método mais utilizado, preferencialmente por mulheres, e entre os homens o uso de armas de fogo é mais comum (Tabela 2).

Tabela 2 - Suicídios segundo sexo e meio utilizado. Brasil, (1998 – 2000)

Meio utilizado	Masculino %	Feminino %
Enforcamento, estrangulamento, sufocação (X70)	53,31	39,07
Arma de fogo e explosivos (X72-X75)	21,51	12,64
Demais causas (X76-X77; X79; X81-X84)	10,38	18,96
Envenenamento (X60-X96)*	10,36	22,25
Instrumento cortante penetrante (X78)	1,78	1,25
Precipitação de lugar elevado (X80)	1,76	3,79
Submersão (afogamento) (X70)	0,89	2,04

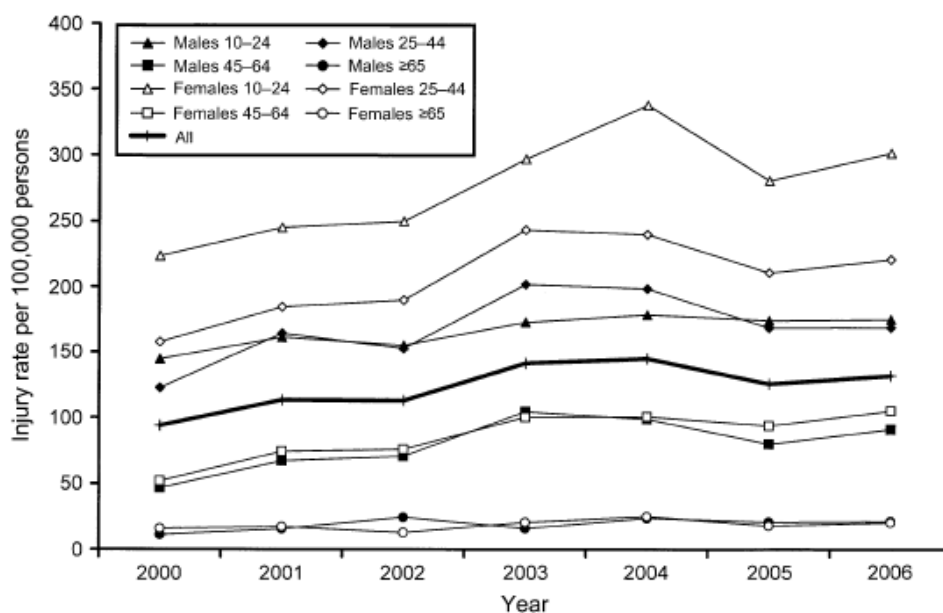
Fonte: adaptado de Barros et al. Epidemiologia no Brasil. *In* Werlang; Botega e cols. ,2004:54.

1.3 As tentativas e outros comportamentos suicidas

O número de suicídios é superado pelo número de tentativas em aproximadamente 10 a 20 vezes. Com base em dados da OMS estima-se que de 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio, tentarão novamente se matar no ano seguinte e cerca de 10%, das que tentaram, conseguirão efetivamente se matar nos próximos 10 anos. (Werlang et al. 2004).

A partir da década de 1950, diversos estudos verificaram diferenças epidemiológicas entre aqueles que tentam e aqueles que de fato morrem por suicídio. Verificou-se que os primeiros o fazem, na maioria das vezes, sem que a motivação principal seja a de morrer. Apenas um quarto dos pacientes admite que desejava realmente morrer, outros relatam querer somente se afastar dos problemas (Botega, 2002). Estudos como os de Lovisi (2009); Nock et al (2008); Werneck et al (2006), e Marin-Leon (2003), apresentam diferenças de gênero nos índices referentes às tentativas de suicídio e ao suicídio propriamente dito. Mulheres tendem a apresentar maiores índices para tentativas de suicídio, enquanto homens obtêm mais êxito nas tentativas, chegando ao óbito (suicídio exitoso), considerando o maior potencial de letalidade dos métodos utilizados por estes. Nock (2008) apresenta em seu estudo, a diferença de taxas para lesões auto-inflingidas não letais por sexo e faixa etária nos EUA apresentando as maiores taxas para mulheres jovens na faixa etária de 10 - 24 anos (Figura 2), e esse é um padrão que, em geral, se repete para os variados países onde, até então, os estudos têm sido conduzidos.

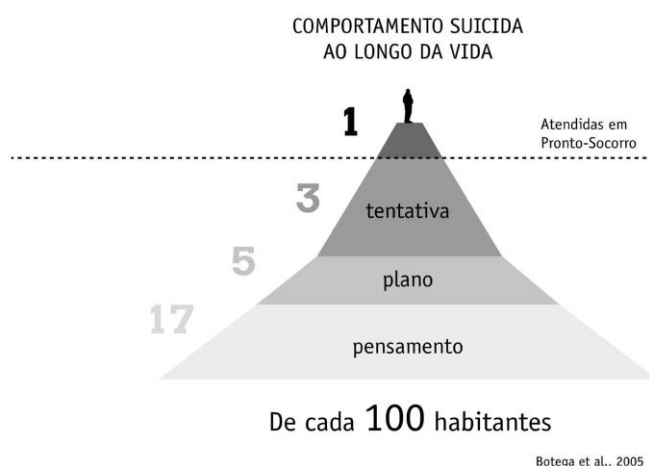
Figura 2 – Taxas de lesões auto-inflingidas não-fatais nos EUA por sexo, faixa etária e ano 2001-2006



Fonte: retirado de Nock, 2009.

Em nenhum país existe um sistema de registro de casos de tentativas de suicídio de base populacional. Os principais dados disponíveis são oriundos de um inquérito epidemiológico, o Estudo de Intervenção do Comportamento Suicida (SUPRE-MISS) da OMS (2002). Neste estudo foram entrevistadas 5.987 pessoas a partir de amostras populacionais de oito cidades localizadas na África do Sul, Brasil, China, Estônia, Índia, Irã, Sri Lanka e Vietnã. No Brasil a pesquisa foi realizada no município de Campinas (SP) com 515 pessoas sorteadas a partir da listagem de domicílios feita pelo IBGE e entrevistadas face-a-face. Os resultados apresentaram que 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio. Ainda, de cada três pessoas que tentaram o suicídio, apenas uma foi atendida em um pronto socorro. Desta forma, percebe-se que somente uma pequena parte do que é chamado comportamento suicida é conhecida (Botega et al 2005). A Figura 3 representa graficamente essa distribuição.

Figura 3 – Comportamento suicida ao longo da vida



Fonte: Botega et al, 2005.

1.4 Fatores de risco

O comportamento suicida, em geral, está associado a transtornos mentais tais como transtorno de humor (depressão) e, segundo a OMS (2003), esse diagnóstico pode ser feito entre 20,8% e 35,8% dos suicídios; transtornos por uso de substâncias (em especial o abuso de álcool); as esquizofrenias e os transtornos de personalidade, entre outros. Determinadas doenças físicas, também apresentam significativa associação com os comportamentos suicidas, entre as quais, a síndrome de dor crônica, doenças neurológicas (como a epilepsia), lesões neurológicas medulares e centrais, sequelas de acidentes vasculares cerebrais, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua síndrome, e certas neoplasias (Bertolote, 2010). O histórico individual e familiar de tentativas anteriores além de certas condições socioeconômicas tais como desemprego, baixo nível social, ser solteiro, ser do sexo masculino, facilidade de acesso a métodos letais (venenos, armas de fogo, armas brancas, medicação, etc.), e desesperança, parecem aumentar o risco de suicídio (Werneck et al 2006).

Existem, segundo Bertolote (2010), especulações sobre possíveis fatores genéticos que influenciariam o comportamento suicida, porém não há comprovação

científica sobre esta questão. O autor, porém, faz a distinção entre fatores predisponentes (que seriam mais remotos na história do indivíduo) e os fatores precipitantes ou estressores associados a perdas reais ou simbólicas, ou mudanças de *status*, que são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatores predisponentes e precipitantes para o comportamento suicida

Fatores predisponentes	Fatores precipitantes
Sexo (masculino: suicídio; feminino: tentativas)	Separação conjugal
Idade (mais jovens: tentativa; mais idosos: suicídio)	Ruptura de relação amorosa
História familiar de comportamentos suicidas, alcoolismo ou outros transtornos mentais	Rejeição afetiva e/ou social
Tentativa(s) prévia(s)	Alta recente de hospitalização psiquiátrica
Presença de transtornos mentais	Graves perturbações familiares
Presença de doenças físicas	Perda do emprego
Presença de desesperança	Modificação da situação econômica ou financeira
Estado civil divorciado, viúvo ou solteiro	Gravidez indesejada (principalmente para solteiras)
Abuso físico, emocional ou sexual na infância	Vergonha
Estar desempregado ou aposentado	Temor de ser descoberto (por algo socialmente indesejável)
Isolamento social	
Pertencer a uma minoria étnica	
Pertencer a uma minoria sexual (homossexuais e transexuais)	
Baixo nível de inteligência ⁸	

Fonte: Bertolote, 2010:S89.

Segundo Meneghel (2004), a pobreza, o desemprego, a instabilidade econômica e familiar são situações que podem facilitar o suicídio. As taxas de suicídio são maiores entre os desempregados do que entre empregados, em especial na população masculina (Neeleman e Lewis, 1999), mais sensível às variações econômicas. Meneghel considera também, que em momentos de maior recessão econômica, indivíduos emocionalmente comprometidos são os primeiros a serem demitidos, reforçando assim a sua instabilidade e a possibilidade de desenvolver pensamentos e atos que ponham risco a preservação de sua vida. Lewis e Sloggett (1998) também concluíram, com base em um estudo longitudinal na Inglaterra e País de Gales, que a associação entre suicídio e desemprego é mais importante do que a associação com outras medidas socioeconômicas, os resultados obtidos indicaram que o desemprego ou a falta de segurança no trabalho, aumenta o risco de suicídio, e que políticas sociais e econômicas que reduzam o desemprego também reduziriam a taxa de suicídio, naqueles países.

Alguns fatores são considerados protetores para o comportamento suicida (Quadro 2). Admite-se que estes, isoladamente, não são capazes de evitar o comportamento, porém sua associação pode ter resultado mais eficaz no que tange à proteção do indivíduo quanto a suas idéias e ações suicidas. Autores como Nock (2008), relatam a presença e o reforço desses fatores como estratégia para prevenir o comportamento suicida.

Quadro 2 - Fatores protetores para o comportamento suicida

FATORES PROTETORES
Ausência de transtorno mental
Gravidez
Senso de responsabilidade para com a família
Suporte social positivo
Religiosidade
Estar empregado
Satisfação elevada com a vida
Presença de criança na família
Capacidade de resolução de problema positiva
Capacidade de adaptação positiva
Teste de realidade intacto
Relação terapêutica positiva

Fonte: Bertolote, 2010:S90

Faria et al. (2006) relatam associação inversa entre educação e suicídio, resultado de uma análise multivariada que revela a escolaridade como fator protetor para o suicídio e outros problemas de saúde entre fazendeiros, tais como transtornos psiquiátricos menores, hospitalizações psiquiátricas, alcoolismo e uso de medicação psicotrópica.

Marusic et al. (2002) em um estudo ecológico, investigou a relação entre alfabetização e as taxas de suicídio em 33 países da Europa, foi encontrada correlação significativamente positiva entre suicídio e maior índice de alfabetização. Considerou a existência de algum fator de confusão inerente às diferenças de riqueza entre os países para justificar esse achado, e também a teoria que um alto nível de alfabetização e cultura em grupos populacionais mais empobrecidos permitem uma maior consciência acerca da distância existente entre o nível de aspiração pessoal e a realidade em que vive, assim essa forma de consciência levaria as pessoas ao desespero. Percebe-se assim, que existem controvérsias

sobre a forma como as questões socioeconômicas podem influenciar as taxas de suicídio, carecendo de maiores estudos para o seu melhor esclarecimento.

Outro fator que tem sido considerado relevante para a proteção do comportamento suicida é a religiosidade. Pesquisas demonstram a variação das taxas de suicídio conforme a afiliação religiosa em certos países, sendo mais altas em países nos quais as práticas religiosas são proibidas ou fortemente desencorajadas (como nos países comunistas do leste europeu e da antiga União Soviética), e de forma decrescente seguindo esta ordem: em países onde o Budismo, Hinduísmo ou outras religiões asiáticas são predominantes, países em que a maioria é protestante, países predominantemente católicos romanos, países que são majoritariamente mulçumanos (WHO, 2002).

1.5 Prevenção ao suicídio

O tabu imposto sobre o tema dificulta que medidas efetivas de prevenção possam ser implementadas de maneira contundente. Cabe a toda sociedade, não somente família e equipe de saúde, abrir seus sentidos ao fenômeno do suicídio. Não podemos excluir desse rol de possíveis participantes do esforço da prevenção, todos os componentes da sociedade: a escola, a igreja, e a mídia.

A mídia, como principal veículo de informação, tende a influenciar fortemente atitudes, crenças e comportamentos na sociedade, e ocupa um lugar de destaque nas práticas políticas, econômicas e sociais, possuindo um papel relevante em qualquer processo de prevenção a fenômenos que ponham em risco o homem ou a sociedade. Porém, muitas vezes, se omite de seu papel de reduzir estigmas e preconceitos aos que sofrem e aos que estão associados ao comportamento suicida e distúrbios mentais.

Alguns exemplos de medidas protetivas para o comportamento suicida são apresentadas em estudos conduzidos pelo mundo, e incluem variadas abordagens tanto farmacológicas, como sociais. Estudos como o de Goldney (2005), demonstram que técnicas de abordagem não farmacológicas apresentam bons resultados no que se refere à prevenção do comportamento suicida. Segundo o

mesmo autor, nos anos de 1950 e 1960 surgiram centros de prevenção ao suicídio, baseados na técnica utilizada pelos serviços telefônicos de atendimento a crises, criados nos EUA entre os anos de 1895 e 1906, tendo como objetivo melhorar o contato afetivo com o indivíduo suicida. Estes serviços são, em geral, conduzidos por voluntários, e apresentam bons resultados ao longo de sua existência, diminuindo a incidência, e a reincidência de tentativas de suicídio, em muitos casos. O acompanhamento regular dos indivíduos contactados após a tentativa de suicídio também auxilia na redução desses números. A utilização de terapia cognitivo comportamental; a redução da veiculação, pela mídia, dos suicídios ocorridos nas cidades; medidas arquitetônicas como colocação de barreiras em pontes; mudança da toxicidade do gás distribuído para as residências; legislações que restrinjam o acesso a armas de fogo, segundo estudos avaliados pelo autor, apresentaram bons resultados como medidas de prevenção ao comportamento suicida.

Para o mesmo autor, abordagem farmacológica, para os indivíduos com diagnóstico psiquiátrico, com a utilização de medicamentos antidepressivos, estabilizadores de humor e neurolépticos, fornecem ao indivíduo certa proteção, considerando que estudos variados relatam que grande parcela dos pacientes com diagnósticos psiquiátricos, no momento de suas tentativas de suicídio, não faziam uso regular das medicações prescritas.

Mann (2005), em uma revisão sistemática de literatura, identificou além das medidas anteriormente citadas, outras medidas que se mostram efetivas para prevenção ao comportamento suicida, são elas: o treinamento de profissionais da atenção primária para a identificação e tratamento precoce de quadros depressivos nos pacientes que buscam os serviços, e os chamados “*gatekeepers*”, indivíduos da comunidade (clero, profissionais de saúde, de instituições como escolas, prisões, serviços militares) que seriam treinados para identificar indivíduos em risco e encaminhá-los adequadamente para os serviços de saúde.

Yip et al (2012) realizou uma revisão sistemática de literatura sobre medidas restritivas para prevenção ao suicídio, e descreveu essas medidas como um continuum que varia da eliminação completa ou a remoção de uma substância potencialmente fatal ou um composto (como modificação na composição do gás de cozinha); interferência ou impedimento do acesso a locais e objetos que ofereçam

risco a indivíduos susceptíveis (pontes ou certas embalagens de produtos), além da promoção de ações educativas e sociais para aumentar a segurança, esta última pode ter um efeito mais duradouro pois pode ser reproduzida por muitas pessoas. O autor descreve os resultados de um experimento comunitário controlado em Hong Kong, onde a mudança da localização dos sacos de carvão vendidos em um loja, que eram de livre acesso, passando a ser de acesso somente dos funcionários, cabendo a estes pegá-los quando solicitada a venda, reduziu o número de suicídios na região (considerando que a queima do carvão produz um gás tóxico que, quando inalado sob certas circunstâncias, provoca óbito), quando comparado a outra região, com população e perfil socioeconômico equivalente, onde esta medida não foi adotada.

No Brasil, algumas iniciativas vêm sendo tomadas no sentido de minimizar as ocorrências de tentativas e mortes por suicídio. Entre elas estão o Centro de Valorização da Vida (CVV), criado em São Paulo em 1962, que oferece acolhimento via atendimento telefônico para os que se encontram em grande sofrimento; a criação no Rio de Janeiro, do Sistema de Vigilância de Tentativas de Suicídio/Suicídio, da Secretaria do Estado de Saúde e Defesa Civil (Sedesc-RJ); a criação de política pública específica, pelo Ministério da Saúde, para a implementação de um plano de prevenção a partir do atendimento nos serviços públicos de atenção à saúde, Portaria nº. 1876 (de 14 de agosto de 2006). Esta portaria instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio, com o objetivo de desenvolver estratégias que envolvam a promoção da qualidade de vida, informação, proteção e a recuperação da saúde, além da prevenção de danos; identificando a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores. Estão também incluídos o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade, entre outras medidas que fomentem sua execução. A partir desse esforço, foi criado o Projeto Conviver, também no ano de 2006, como uma das etapas dessa estratégia nacional de prevenção, sendo desenvolvido inicialmente em Brasília e Rio de Janeiro pela disponibilidade de equipes técnicas.

Percebe-se que esforços no sentido de realmente auxiliar e prevenir que pessoas que se sintam incapazes de superar seu sofrimento e recorram a um ato tão hostil, como o suicídio, estão sendo criados, porém ainda não conseguem atingir a imensa extensão de nosso país. Manuais organizados, tanto pela OMS, como pelo governo federal, embora disponíveis, também não possuem, ainda, uma divulgação ampla. Todos os materiais disponíveis para a elaboração de programas de treinamento dos mais diversos profissionais, abrangem o tema do suicídio de forma clara e objetiva, facilitando a identificação de pacientes potencialmente suicidas e a forma de condução do caso.

1.6 Religião, religiosidade e espiritualidade.

Por ser o suicídio um fenômeno que acontece dentro de um sistema social, as queixas com as quais a vítima se apresenta para justificar seu ato são, na verdade, somente os fatores desencadeantes. De maneira geral, o sentimento de “pertencimento”, de manter uma ligação forte seja com uma família ou alguma instituição, pode servir como protetor para o suicídio. Moreira e Lotufo Neto (2004) consideram a religião como um importante fator de proteção contra o comportamento suicida, já que esta se constitui em um sistema de crenças que pode oferecer um maior sentido à vida e apoio social.

Porém deve-se considerar que as diferentes formas de religiosidade se desenvolvem no interior de contextos específicos e podem atuar também como fator vulnerabilizante (Botega et al, 2006). Para Pescosolido e Georgianna, (1989 apud Colocci, 2008), a influência da religião no comportamento suicida é modelada dentro do contexto sociogeográfico, podendo também, exercer um papel de incremento do risco.

Colocci em seu estudo de 2008 aborda a controversa relação entre religiosidade e comportamento suicida através de estudos que corroboram a hipótese de que a religiosidade tanto exerceria um efeito protetor contra este comportamento, como poderia representar maior risco para os que a ela estão expostos. Neste sentido apresenta estudos como os de Rickgarn (1990) e Zhang e

Jin (1996), que sugerem que a crença religiosa pode expor o indivíduo, ou grupos de fiéis, ao maior risco de comportamento suicida. O primeiro estudo considera que a religião pode tanto inibir quanto facilitar o suicídio, e entre as situações que o suicídio pode ser facilitado, o autor cita a perda da fé pelo indivíduo ou a necessidade de viver até os limites da fé.

Zhang and Jin (1996) demonstraram que estudantes chineses que se consideravam religiosos apresentavam maior ideação suicida em contraste com estudantes americanos, para quem a religiosidade era protetora quanto ao suicídio.

Ainda segundo Colocci (2008), a espiritualidade poderia colocar indivíduos sob maior risco, caso a devoção à religião seja alvo de desaprovação ou rejeição por outros que possuem crenças diferentes. Algumas formas de religião tais como as fundamentalistas e algumas seitas, seriam exemplos de religiões que potencialmente aumentariam o risco de comportamento suicida em seus participantes. Considerando as três principais vertentes religiosas no mundo (catolicismo, islamismo e o budismo), a autora apresenta um panorama da relação religiosidade/espiritualidade e comportamento suicida, o catolicismo e as religiões da tradição judaico cristãs, condenam veementemente o suicídio, assim como o Islam. No entanto, no que se refere ao budismo (incluindo o Bramismo, Xintoísmo e Hinduísmo) esta prática é, de certa forma, institucionalizada, incluindo em seus ritos sacrifícios como o *sutte* (imolação da viúva na cerimônia de cremação do corpo do marido), são religiões que possuem maior aceitabilidade à ideia de suicídio. Com relação ao hinduísmo, este apresenta relativa ambivalência quanto ao comportamento suicida, sendo a tentativa de suicídio, na Índia, passível de punição legal.

Assim, mais importante que qual denominação religiosa o indivíduo professa, é o grau de comprometimento que o indivíduo tem com sua religião, sua experiência de religiosidade. Ao utilizarmos somente a afiliação religiosa temos pouca informação realmente válida para a compreensão do impacto da religiosidade na saúde.

1.6.1 O fenômeno religioso - a experiência religiosa

A sociedade se constitui em um fenômeno dialético, é um produto do homem e que atua continuamente sobre ele. Ela é a responsável por manter a ordem a partir das estruturas institucionais e, de forma subjetiva, a estruturação da consciência individual, fomentando assim a manutenção da vida cotidiana.

Para Berger (1985), a religião surge como uma tentativa de conceber o universo inteiro como humanamente significativo. A religião serve, assim, para manter a realidade daquele mundo socialmente construído, no qual os homens existem nas suas vidas cotidianas.

As religiões fundam-se em experiências do sagrado, “experiência religiosa”, e devem ser compreendidas como uma “possibilidade” que surge da própria existência humana, referindo-se à “abertura” principal do homem às interpolações do mundo, essas chamadas por Valle apud Dalgarrondo (2008), como “sagrado”. Considerada como vivência individualizada das experiências que transcendem o homem e, que são, de certa forma, transmitidas adiante por alguém, pessoa ou grupo. Assim, a “religiosidade” como experiência subjetiva, deve ser distinguida da “religião” que é sua matriz, pois as duas possuem funções psicológicas e socioantropológicas diferentes. Em nível mais profundo, a “experiência religiosa” levanta necessariamente a questão de sua dimensão inconsciente.

1.6.2 A religião

A religião, desenvolvida ao longo do tempo, possui características muito diferentes de um contexto cultural para outro. Para Durkheim (1978 apud Dalgarrondo, 2008), a religião seria “um conjunto de práticas e representações de caráter sagrado, um sistema solidário de crenças e práticas relativo a entidades sacras, quer dizer, separadas, proibidas; crenças e práticas estas que unem em uma mesma comunidade moral, chamada igreja, todos que aderem a ela”.

Outros autores se referem ao termo religião como um conjunto de normas, crenças ou sistemas simbólicos, que une a experiência religiosa, como descrita acima, ao contexto social vivenciado nas instituições religiosas.

Para Alport e Ross (1967) a religião se caracteriza por dois tipos de experiência religiosa: a experiência religiosa extrínseca, que seria um meio, apenas com objetivo de se atingir determinado fim; e a experiência religiosa intrínseca, que seria uma estrutura que atribui significado à vida de uma pessoa. Os autores afirmam que a pessoa motivada extrinsecamente usa sua religião, enquanto a pessoa motivada intrinsecamente a vive.

Para Lotufo Neto (1997), a religião extrínseca seria a religião de conforto e convenção social, utilitária, servindo somente a si próprio, subordina a religião a objetivos não religiosos. Sua utilidade se dá de forma variada, dando segurança, consolo, sociabilidade, distração, *status*. O credo escolhido é vivido de forma superficial e modelado conforme as necessidades pessoais.

1.6.3 A religiosidade e a espiritualidade

O termo religiosidade, assim como o termo espiritualidade, tem sido encontrado ultimamente com mais frequência em literatura científica, em especial no que se refere a estudos sobre saúde. Cabe aqui identificar a diferença entre religião e os termos acima mencionados, que se referem a uma dimensão mais ampla e mais independente das formas institucionalizadas, das denominações religiosas. Porém os termos religiosidade e espiritualidade, muitas vezes, são utilizados como sinônimos. Para Dalgarrondo (2008) pode-se atribuir certa diferenciação entre eles. Religiosidade se refere a algo de caráter mais pessoal, mais íntimo, menos vinculado às instituições e suas variadas denominações. Para Larson (1998 apud Dalgarrondo, 2008), este termo incluiria crenças pessoais, tais como a crença em um deus ou poder superior; crenças e práticas institucionais como o pertencimento a denominações religiosas, a frequência a cultos e o compromisso com um sistema de doutrinas de uma igreja ou religião organizada.

Segundo os mesmos autores, espiritualidade tem sua utilização vinculada a um constructo com dimensão mais pessoal e existencial tais como a relação com uma força superior (ou um deus), não necessariamente sendo vinculada a uma religião organizada, podendo até estas serem rejeitadas, tendo maior ênfase à experiência espiritual.

Para Lotufo Neto (1997), o termo espiritualidade refere-se ao processo pelo qual os indivíduos reconhecem a importância de orientar suas vidas a algo não material que está além e é maior do que eles próprios, de modo a haver reconhecimento ou ao menos dependência a um poder superior, ou espírito. Envolve um processo pessoal dirigido ao relacionamento de si próprio com o poder superior.

1.6.4 Religião no Brasil

O Brasil herda do colonialismo europeu a perspectiva greco judaica, considerando que o cristianismo teve sua origem no judaísmo e que em sua cisão ao longo da história absorve elementos greco-romanos, em especial do platonismo e neoplatonismo (de onde se origina a cisão corpo e alma, atribuindo ao primeiro uma caráter efêmero, imperfeito e pecaminoso) e do estoicismo, centrado no controle exercido pelo indivíduo sobre si próprio e responsável por seu destino. Nessa cisão o cristianismo abandona o caráter étnico do judaísmo e coloca-se como religião universal, proposta a toda humanidade, porém construída com símbolos, rituais e ética específica. Seus avanços e sua dominação histórica se deram fruto de contradições centradas em seu modelo primeiro (Dalgarrondo, 2008). Essas contradições deram origem a cisões que são os elementos fundadores das diversas formas de cristianismo no país.

Segundo levantamento da Fundação Getúlio Vargas (2011), embora o catolicismo, religião herdada da colonização e mais relevante desde então, ainda ocupe a posição de maior representatividade na população brasileira, 74% (ou 126 milhões) dos brasileiros se identificam como católicos, a mesma vem sofrendo declínio, e ocorre o crescimento de grupos evangélicos (16%) e sem religião (7,35%), fato esse ocorrido, principalmente, nas duas últimas décadas. Mas o

catolicismo ainda resiste em algumas regiões do país como o interior do nordeste, Minas Gerais, Paraná, sul de Santa Catarina e norte do Rio Grande do Sul. Nas áreas como oeste e norte do país e em capitais (em especial em regiões de moradia de trabalhadores pobres), o catolicismo vem dando lugar ao pentecostalismo.

As religiões de matrizes africanas (conhecidas pelas denominações candomblé, xangô, tambor de mina, batuque, entre outras), são religiões de cultos aos ancestrais de várias etnias africanas, que foram recriadas no Brasil após a chegada dos negros escravizados, sendo este tipo de culto organizado em torno de divindades, os orixás. Religião criada principalmente por mulheres e que recriariam as formas de organização familiar desfeitas pela escravidão, reconstituindo-as em “famílias de santos”, é uma religião essencialmente de tradição oral (Dalgalarondo, 2008). Segundo o censo de 2000 (IBGE), 0,3% da população brasileira adulta (aproximadamente 470 mil) declaram-se pertencentes a uma das religiões afro-brasileiras, porém, segundo Prandi (2004), as estatísticas sobre os seguidores dessas religiões são, em geral, subestimadas em decorrência do modo como se desenvolveram desde seu surgimento no século XIX, quando o catolicismo era a única religião aceita no país, a religião oficial. Mesmo depois da abolição da escravatura, os negros se diziam católicos para que assim pudessem, de forma mesmo que velada, conduzir seus ritos ancestrais. Deste modo, as religiões afro-brasileiras assumiram seu caráter sincrético, estabelecendo paralelismos entre seus orixás e santos católicos, valorizando os ritos e os sacramentos da igreja católica. Atualmente essas religiões ainda são vistas com preconceito, principalmente por outras religiões como as pentecostais.

Ainda segundo Prandi (2004), e Dalgalarondo (2008), no início do século XX, surge no eixo Rio – São Paulo uma religião que sintetiza o candomblé banto (proveniente da Bahia) e o espiritismo Kardecista (oriundo da França), denominada umbanda, que foi rapidamente disseminada pelo país e foi chamada de “religião brasileira”, esta uniu “o catolicismo branco, a tradição dos orixás da vertente negra e, símbolos, espíritos e rituais de referência indígena, inspirando-se assim, nas três fontes básicas do Brasil mestiço” (Prandi, 2004:223). Segundo Silva (2007), os templos afro-religiosos representam espaços de inclusão, de acolhimento e aconselhamento, produzindo através de suas práticas rituais, trocas afetivas,

produção de conhecimento, promoção de saúde e prevenção de doenças, assim como a renovação de tradições milenares, inclusive com a utilização de plantas medicinais.

Pierucci (2005) reflete sobre o declínio das três religiões mais tradicionais no Brasil: o catolicismo, a umbanda e o luteranismo, demonstrado no Censo de 2000. A mesma pesquisa aponta o grande crescimento do pentecostalismo (em especial o neopentecostalismo) e os indivíduos que se denominam “sem religião”. O autor indaga sobre essa mudança, se a mesma não seria reflexo do aumento do pluralismo religioso que é desenvolvido com a modernização das sociedades.

Para Dalgarrondo (2008), as denominações que mais crescem em número de adeptos se constituem em uma prática de catequese agressiva e, no caso da pentecostal, essa prática tem sofrido certa sofisticação, adquirindo técnicas de marketing visando um mercado religioso competitivo e dinâmico. Ainda segundo o mesmo autor, o CERIS (Centro de Estatística Religiosa e Investigações Sociais) em uma pesquisa em seis capitais brasileiras (Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador) constatou que 23% dos católicos frequentam cultos de outras religiões, 36% acreditam em reencarnação, ponto fundamental do espiritismo kardecista e de muitas vertentes espiritualistas. Apesar de o Brasil ser o país com maior número de católicos, também é o país com o maior número de espíritas; o segundo país em número de testemunhas de Jeová, e desde que os mórmons chegaram ao Brasil, registraram um aumento de 80%.

Esses dados demonstram certa circulação não só de fiéis, mas também de conceitos, doutrinas e elementos pertencentes às variadas denominações religiosas, apresentando, assim, um campo religioso plural e bastante diversificado.

1.6.5 A relação religião, espiritualidade e saúde

Como relatado anteriormente, usaremos o conceito de religião como o conjunto de doutrinas institucionalizadas a qual um indivíduo se filia para mediar sua relação com o transcendente. Espiritualidade é termo que utilizaremos para referir à relação íntima com algo que transcende o indivíduo, como uma força que ele julga

superior a ele e com a qual mantém uma relação de subordinação, sem necessariamente estar filiado a uma denominação religiosa, mas que é fundamental na significância de sua vida.

A partir da década de 1980, pesquisas científicas que buscavam uma possível associação entre espiritualidade e saúde começaram a ser implementadas, e segundo Saad (2008), há evidências de que pessoas com espiritualidade bem desenvolvida tendem a adoecer menos e ter hábitos de vida mais saudáveis, e ao adoecerem desenvolvem menos depressão e se recuperam com mais facilidade. Assim, a espiritualidade para muitas pessoas é fonte de bem-estar, conforto e provê significado, capaz de oferecer suporte positivo para o enfrentamento de acontecimentos da vida que, por vezes, parecem desprovidos de sentido, como o adoecimento, possibilitando que melhor enfrentamento de sentimentos tais como a culpa, a ansiedade e a raiva. Ainda segundo o mesmo autor, estudos sugerem que a espiritualidade bem desenvolvida foi considerada um fator de proteção com relação ao sofrimento psicológico, comportamento delinquente, abuso de álcool e outras drogas e suicídio, provendo uma melhor estratégia para lidar com problemas através da melhora no estado psicológico, o que ocasiona equilíbrio das funções físicas controladas pelo sistema nervoso, como a imunidade e produção de hormônios.

Desde a antiguidade postula-se uma articulação entre a possibilidade humana de enlouquecer e o *phatos*, também humano, de experienciar as diferentes formas de religiosidade. Estudos foram, e continuam sendo desenvolvidos no sentido de investigar a associação de saúde mental e religiosidade. Torres (1986) investigou a relação entre religiosidade, medo da morte e atitude perante o suicídio; Machado (1993) estudou a importância da prática e envolvimento religioso para pacientes internados em duas unidades psiquiátricas de pacientes agudos; Ramadam (1996) abordou a importância da religiosidade e do misticismo na cultura popular de muitos países e apontou que se recorre, muitas vezes, aos poderes da fé e da magia para obtenção de determinados efeitos na saúde, nas relações amorosas e na vida sexual; Volcan et al. (2003) investigaram em 464 jovens de Pelotas (RS) a relação entre bem-estar espiritual e prevalência de possível transtorno mental, verificaram que jovens com baixo ou moderado índice de bem-estar espiritual apresentavam o

dobro de chances de apresentar também transtorno mental (todos citados por Dalgarrondo, 2007).

Percebe-se a presença da questão religiosa no modo de construção e vivência do sofrimento mental, o que é constatado em transtornos mentais graves como nas psicoses, quanto para quadros mais leves tais como ansiedade e depressão. Para o autor acima, a busca por alívio do sofrimento ou alguma significação ao desespero que acomete a vida do indivíduo, parece ser algo fortemente recorrente na experiência, em especial nas classes populares.

Algumas dificuldades se colocam no estudo desse tema, em especial se as pesquisas realizadas considerarem a religião e a religiosidade como uma variável única e estritamente psicológica, geral e descontextualizada de suas origens socioculturais, assim como algumas pesquisas conduzidas nos EUA. “Abordar a religiosidade como algo homogêneo e universal, torná-la quase um “fenômeno natural”, diretamente analisável e generalizável por procedimentos epidemiológicos e psicométricos, implica no risco de se perder o que há de mais original e próprio dessa dimensão da experiência humana: o seu caráter social, histórico, essencialmente simbólico.” (Dalgarrondo, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

Estudos com o objetivo de avaliar o comportamento suicida e suas várias interações vêm sendo conduzidos ao redor do mundo, e levam em consideração as possíveis associações com os fatores sociodemográficos, entre outros. A religiosidade é um determinante social muito estudado atualmente na sua relação com os vários desfechos em saúde, e é percebida por muitos pesquisadores como um fator de proteção do indivíduo contra o comportamento suicida, já que esta se constitui em um sistema de crenças que pode oferecer um maior sentido à vida e apoio social. No entanto, deve-se considerar que as diferentes formas de religiosidade são originadas em contextos sociais diversos, podendo assim também atuar como fator vulnerabilizante. Neste sentido, religiões que trazem à tona sentimentos negativos como culpa, vergonha e, medo, podem rebaixar a autoestima do indivíduo, aumentando o isolamento social e acarretando piora em sua saúde mental.

Considerando algumas divergências encontradas nessa relação, possivelmente protetora entre religiosidade e o comportamento suicida, encontramos na revisão sistemática um método apropriado que pode lançar luz ao atual estado da arte nesse campo. Assim, possibilitando às ciências da saúde melhor delinear suas práticas para os indivíduos susceptíveis, e auxiliar na criação de estratégias para a prevenção a um comportamento que dizima tantas vidas todos os anos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre religiosidade e comportamento suicida.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever os tipos de comportamento suicida abordados na literatura epidemiológica sobre a associação entre comportamento suicida e religiosidade.
- Analisar as abordagens teóricas e empíricas sobre religiosidade na literatura epidemiológica sobre a associação entre comportamento suicida e religiosidade.
- Avaliar a qualidade dos estudos sobre a associação entre comportamento suicida e religiosidade, disponíveis nas principais bases de dados internacionais e nacionais da área de medicina, psicologia e saúde coletiva.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos, realizamos uma revisão sistemática de literatura, para avaliar a associação entre a religiosidade e o comportamento suicida.

Segundo Mulrow (1995), através dessa técnica pesquisadores podem identificar, justificar e refinar hipóteses; reconhecer e evitar as armadilhas de um trabalho anterior, estimando e delineando importantes efeitos auxiliares ou adversos, além de identificar covariáveis que merecem consideração em estudos futuros. Também os responsáveis pela elaboração de políticas de saúde, podem recorrer às revisões sistemáticas para formular manuais e legislações relativas ao uso de certos testes diagnósticos e estratégias de tratamento.

4.2 Critérios de elegibilidade dos estudos

Foram incluídos na revisão sistemática, estudos observacionais que descrevem a relação entre religiosidade e comportamento suicida em indivíduos acima de 10 anos de idade. Outros tipos de estudos como revisões de literatura e relato de casos não foram incluídos.

A exposição considerada é a religiosidade, que neste estudo congrega todo e qualquer aspecto relacionado a comportamentos e práticas religiosas, crenças ou filiação religiosa.

O desfecho considerado foi o comportamento suicida em suas diferentes modalidades, agrupados da seguinte forma: (1) plano, ideação e pensamento suicida; (2) ameaça e gesto suicida; (3) a tentativa de suicídio e (4) o suicídio propriamente dito.

4.3 Estratégia de busca das publicações

A busca dos estudos foi realizada nas principais bases de dados eletrônicas, Medline via Pubmed, Scielo, Bireme, PsycINFO, e foi considerado o período existente de publicações em cada base.

4.3.1 Identificação de estudos

A busca das publicações se deu através da combinação de termos livres e vocabulário controlado específico de cada base, sem restrição de idiomas. O quadro abaixo (Quadro 3), define os descritores que foram utilizados.

Quadro 3 - Termos utilizados para busca nas bases de publicações (palavras-chave)

<p>Pubmed/ Medline: (suicide OR suicide ideation OR parasuicide OR suicide attempt* OR suicide behavior*)</p> <p>AND (religiosity OR religious OR religion OR spirituality OR church attendance)</p> <p>AND (epidemiolog* OR risk factor* OR association OR associated factor* OR relative risk OR odds ratio OR case-control OR cohort OR survey OR ecologic stud*)</p> <p>NOT (assisted suicide* OR euthanasia OR end of life care) MeSH Terms</p> <p>Bireme e Scielo: (suicide OR suicide ideation OR parasuicide OR suicide attempt\$ OR suicide behavior)</p> <p>AND (religiosity OR religious OR religion)</p> <p>AND NOT (assisted suicide\$)</p> <p>PsycInfo: (suicid*) AND (religio*) AND (epidemiolog*) NOT (assisted suicide or euthanasia or end of life care).</p>
--

4.4 Coleta e análise de dados

4.4.1 Identificação dos estudos

Foram lidos os títulos e resumos disponíveis dos registros identificados na busca. Os artigos completos foram obtidos e analisados sempre que a avaliação de títulos e resumos sugeriram o preenchimento dos critérios de inclusão, considerando a presença ou não de informação suficiente nos resumos, e cujos títulos fossem potencialmente relevantes.

4.4.2 Gerenciamento das referências bibliográficas

Os registros obtidos de cada base de dados foram importados para o software JabRef reference manager 2.4 com o objetivo de eliminar as referências duplicadas.

4.4.3 Seleção de estudos

A seleção e a análise de artigos foram feitas por dois pesquisadores, sendo estes a autora, e um pesquisador com Doutorado em Epidemiologia e com o pós-doutorado (na mesma área) em curso.

4.4.4 Avaliação da qualidade metodológica

Para avaliação da qualidade metodológica, objetivando orientar a leitura dos estudos para esta pesquisa, foram utilizadas as recomendações STROBE - Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (Elm et al., 2007) - ANEXO B. Estas visam auxiliar os editores, através de um checklist de itens, sobre aspectos que devem constar em um estudo observacional para ser publicado, estes itens variam desde a formulação do título até a fonte financiadora do estudo. A

qualidade metodológica não foi utilizada como critério de exclusão dos artigos de nosso estudo.

4.4.5 Extração de Informações dos estudos

Os dois pesquisadores realizaram a extração de informações dos estudos, de forma independente, através de um formulário para coleta de informações – Roteiro de Avaliação Qualitativa (RAQ), que consta no Anexo A, e as divergências foram resolvidas por consenso.

O Roteiro de Avaliação Qualitativa (RAQ) foi desenvolvido com o objetivo de extrair as informações dos estudos selecionados. Esse instrumento foi desenhado de forma a abarcar em sete sessões, os principais aspectos e resultados dos estudos, sendo elas: (1) identificação do artigo (referente às informações iniciais sobre autores, publicação, especialidade do periódico e, objetivos do estudo); (2) características metodológicas do estudo (tipo de desenho de estudo, existência ou não de vieses); (3) características gerais da amostra (idade, tamanho da amostra, escolaridade, raça, sexo, período de realização do estudo – início e término, país(es) e cidade(s) de realização do estudo, base populacional, quantidade de não respondentes); (4) característica da população que apresenta comportamento suicida (utilização de instrumento padronizado ou não para medição do comportamento suicida, avaliação de validade e confiabilidade desses instrumentos, o tipo de comportamento suicida indicado, o método utilizado para a tentativa suicida ou o suicídio propriamente dito); (5) religiosidade (utilização ou não de instrumento para medição da religiosidade, avaliação de validade e confiabilidade desses instrumentos, e como esta variável foi definida); (6) limitações do estudo; e (7) principais resultados encontrados, além das informações adicionais, onde constam as estratégias de promoção de prevenção ao comportamento suicida, caso sejam relacionadas nos estudos.

4.5 Estudo piloto

Todo o protocolo acima descrito tanto para os critérios de elegibilidade dos estudos, quanto para a estratégia de busca, coleta e análise de dados, foi previamente avaliado em um estudo piloto, em que foram selecionados 15 artigos (equivalente a 10%) do montante encontrado, para a adequação do RAQ em todos os critérios adotados, com o objetivo de corrigir possíveis falhas que se apresentassem.

Com o objetivo de avaliar a confiabilidade interobservador, o RAQ foi testado nos artigos selecionados conforme foram localizados, mediante cálculo do Índice Kappa, que é uma medida utilizada para calcular o grau de concordância entre os revisores. Este índice varia de -1 a 1, onde valores de Kappa < 0 representam concordância pobre, entre 0 e 0,2 – concordância fraca, entre 0,21 a 0,40 – concordância razoável, entre 0,41 a 0,60 – concordância moderada, entre 0,61 a 0,80 – concordância substancial e entre 0,81 a 1,0 concordância perfeita (Landis e Koch, 1977).

Foram comparadas as respostas da autora (L.J.N) e de um outro observador com Doutorado (Pós-doutorado em curso) em Epidemiologia, de forma a avaliar a existência de concordância entre as respostas extraídas por ambos quando o roteiro de avaliação qualitativa foi utilizado, isto é, o quanto o instrumento se manteve constante quando utilizado por mais de um extrator. O índice foi calculado para as principais variáveis de interesse para nosso estudo: “desenho de estudo” – tipo de desenho empregado para o estudo ($k = 1$); se houve algum tipo de validação dos instrumentos utilizados para avaliar comportamento suicida ($k = 0,75$); se houve avaliação da confiabilidade desses instrumentos ($k = 1$); como “comportamento suicida” foi definido (plano, ideação ou pensamento suicida, ameaça ou gesto suicida, tentativa de suicídio, suicídio propriamente dito) ($k = 0,83$); como o conceito de “religiosidade” foi operacionalizado (crença em uma divindade, pertencimento a uma denominação religiosa, frequência a cultos e outras definições que fossem indicadas nos estudos) ($k = 0,56$); se o estudo relatou suas limitações ($k = 0,74$); se o estudo seria incluído ou não em nosso estudo ($k = 1$).

5 ARTIGO - RELIGIOSIDADE E COMPORTAMENTO SUICIDA – REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

(Religiosity and Suicide Behaviour – systematic literature review)

Luciene de Jesus Nery¹, Aldair José de Oliveira²,
Guilherme Loureiro Werneck³, Claudia de Souza Lopes³.

¹ Mestranda, Departamento de Epidemiologia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

² Pós-Doutorando, Departamento de Epidemiologia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

³ Departamento de Epidemiologia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Baseado na dissertação apresentada por Luciene de Jesus Nery como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2013. Área de concentração: Epidemiologia. Orientador: Prof. Guilherme Loureiro Werneck.

Resumo

O papel da religiosidade na determinação do comportamento suicida é controverso, havendo estudos que a consideram um fator protetor e outros um fator de risco. Neste estudo os autores conduziram uma revisão sistemática da literatura para avaliar a relação entre a religiosidade e o comportamento suicida. Dentre os 154 artigos elegíveis publicados em periódicos científicos inicialmente identificados nas bases Medline, Lilacs, Scielo e PsycInfo, foram selecionados 59 artigos que enfocavam a associação entre religiosidade e comportamento suicida. Para a avaliação dos atributos qualitativos dos artigos foi desenvolvido um Roteiro de Avaliação Qualitativa. Os resultados mostram que grande parte dos artigos encontrados apresentava falta de rigor metodológico na mensuração do conceito de religiosidade, possivelmente devido à característica subjetiva desse constructo. Contudo, verificou-se que o papel protetor contra o comportamento suicida exercido pela religiosidade, sofre variações de acordo com a cultura na qual está inserida, considerando que para algumas culturas o comportamento suicida não é visto com total desaprovação. Porém, a maioria dos estudos reforça a hipótese de que a religiosidade diminui o risco de comportamento suicida nos indivíduos que professam algum tipo de credo, e que participam de algum espaço religioso. Não foram encontrados, nesta pesquisa, estudos que medissem a associação, entre religiosidade e comportamento suicida, em religiões de matriz africana.

Palavras-chave: Religiosidade, comportamento suicida, ideação suicida, tentativa de suicídio, suicídio.

Introdução

A OMS utiliza a definição de comportamento suicida como um conjunto diferenciado de fenômenos, constituído por pensamentos autodestrutivos, ameaças e gestos suicidas, tentativas de suicídio e, finalmente, o suicídio. As taxas anuais de suicídio no mundo variam de 0.43 a 20.3 por 100.000 habitantes constituindo-se num grave problema de saúde pública (OMS, 2012). Estes dados, entretanto, são provavelmente subestimados já que o registro de suicídios pode ser dificultado por tabus religiosos e culturais e, também, em decorrência de falhas nos sistemas de informação em saúde, que na maioria dos países não apresentam procedimentos específicos para verificação da intencionalidade das causas violentas de morte.

O suicídio encontra-se entre as 10 principais causas de morte em geral e, entre as quatro principais entre pessoas com idade entre 15 e 44 anos, tanto em países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos. A mortalidade por suicídio aumentou em 60% nos últimos 45 anos no mundo, nesse período os maiores coeficientes de suicídio, anteriormente verificados nas faixas mais idosas, agora são detectados entre os mais jovens. Estima-se que a cada 3 segundos, uma pessoa atente contra sua própria vida, e que a cada 40 segundos, uma pessoa cometa suicídio, provocando em média um milhão de óbitos/ano, podendo em 2020 provocar 1,5 milhões de mortes (Bertolote e Fleishman, 2009). Em relação às tentativas de suicídio, estas superam de 10 a 20 vezes o número de suicídios (Werlang, et al, 2004).

De forma geral, a mortalidade por suicídio é mais elevada em países da Europa Ocidental, Ásia e Estados Unidos. O Brasil ocupa a 67ª posição no ranking mundial de mortes por suicídio, mas por ser um país populoso ocupa a 9ª posição quando se trata de números absolutos (Lovisi, 2009). No país, 24 pessoas morrem por dia por suicídio, deste total cerca de 80% são homens. (Chachamovich, 2009).

De acordo com os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde - Brasil (SIM), em 2011, o total de mortes causadas por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios) chegou a 9852, existindo grande variação nos números absolutos de casos, de acordo com o gênero e as regiões no

país, de 692 casos (533 para homens e 159 para mulheres), na região norte a 3899 (3050 para homens e 849 para mulheres), na região sudeste no mesmo período.

O comportamento suicida ocorre dentro de um sistema social e, em geral, tem como fatores desencadeantes os conflitos familiares, a solidão, doenças psiquiátricas e alcoolismo, desemprego, entre outros (Deslandes, 1999; Werlang et al 2004; Lotufo Neto 2004). Por outro lado, alguns outros fatores podem concorrer para a proteção do indivíduo contra este comportamento, dentre eles a gravidez, integração familiar, suporte social, religiosidade, satisfação com a vida, entre outros (Bertolote, 2010). A religião é considerada por muitos como um importante fator de proteção contra o comportamento suicida, por ser um sistema de crenças que pode oferecer um maior sentido à vida e apoio social.

Para Durkheim (2004, original de 1897), o primeiro a estudar a relação entre religião como fenômeno sociológico e suicídio, a religião possui duas dimensões integradoras, a crença e as práticas que quanto mais fortes e numerosas forem, diminuem a probabilidade de suicídio, pela integração da pessoa à vida do grupo. Porém, deve-se considerar que as diferentes formas de religiosidade, de acordo com o contexto social no qual são estabelecidas, podem atuar também como fator vulnerabilizante (Botega, 2004), exercendo uma função negativa sobre a saúde mental, trazendo à tona sentimentos de culpa, vergonha, medo e inadaptação (Dalgalarondo, 2008). Contudo, em linhas gerais, o conjunto de evidências empíricas parece indicar que os efeitos positivos das crenças e práticas religiosas predominam sobre os efeitos negativos.

Um dos problemas no estudo do papel da religiosidade no comportamento suicida é a diversidade de conceitos interrelacionados, dentre eles a religião, a espiritualidade e a própria religiosidade. Religião pode ser compreendida como o conjunto de doutrinas institucionalizadas na qual um indivíduo se filia para mediar sua relação com o transcendente. O termo religiosidade pode ser definido como todo e qualquer aspecto relacionado a comportamentos e práticas religiosas, crenças ou filiação religiosas.

Apesar de ser a religiosidade um determinante social de saúde importante e, investigado em diversos trabalhos científicos, dificuldades inerentes à operacionalização da variável tornam difícil a comparação entre os estudos.

Segundo Dalgarrondo (2006), a possibilidade de se considerar em alguns estudos, principalmente os conduzidos nos EUA, a religião e a religiosidade como uma variável única e estritamente psicológica, a descontextualiza de suas origens socioculturais e, faz com que seu caráter social e simbólico seja perdido. Por outro lado, o estigma que acompanha o comportamento suicida também impõe dificuldades metodológicas na mensuração desta variável. Um dos principais problemas na sua identificação decorre do fato de que muitos sinais não são identificados pelos que estão próximos a quem intenciona o ato, e muitas tentativas de suicídio e suicídios exitosos acabam sendo interpretados como acidentes.

Considerando as dificuldades relacionadas à avaliação do papel da religiosidade no comportamento suicida em estudos epidemiológicos, e que os estudos disponíveis apresentam resultados divergentes, a realização de uma revisão sistemática sobre o tema pode fornecer evidências mais sólidas sobre o atual estado da arte nesse campo e, possibilitar identificar aspectos metodológicos que deveriam ser mais bem implementados em futuros estudos sobre o tema.

Assim, este estudo objetiva avaliar a associação entre religiosidade e comportamento suicida a partir dos estudos epidemiológicos disponíveis nas principais bases de dados da área de medicina, psicologia e saúde coletiva, descrevendo os tipos de comportamento suicida mais frequentemente avaliados, analisando as abordagens teóricas e empíricas sobre religiosidade empregadas, e avaliando aspectos qualitativos relacionados aos métodos utilizados.

Métodos

Revisão sistemática

Optamos por realizar uma revisão sistemática com o objetivo de trazer à luz o conhecimento produzido sobre nosso objeto de estudo. Trata-se da busca, identificação e avaliação de estudos que meçam a associação entre a religiosidade e o comportamento suicida e, da sistematização do conhecimento acumulado sobre este tema.

Objeto de estudo e busca bibliográfica

O objeto do estudo se constitui em artigos científicos encontrados nas principais bases de dados que apresentam em seus resultados, correlações entre a religiosidade e o comportamento suicida. A identificação desses estudos se deu por meio de busca eletrônica nas seguintes bases: Medline, Lilacs, Scielo e PsycInfo, por meio das seguintes chaves de busca para cada base:

(1) Pubmed/Medline: (suicide OR suicide ideation OR parasuicide OR suicide attempt* OR suicide behavior*) AND (religiosity OR religious OR religion OR spirituality OR church attendance) AND (epidemiolog* OR risk factor* OR association OR associated factor* OR relative risk OR odds ratio OR case-control OR cohort OR survey OR ecologic stud*) NOT (assisted suicide* OR euthanasia OR end of life care) MeSH Terms;

(2) Bireme e Scielo: (suicide OR suicide ideation OR parasuicide OR suicide attempt\$ OR suicide behavior) AND (religiosity OR religious OR religion) AND NOT (assisted suicide\$); e

(3) PsycInfo: (suicid*) AND (religio*) AND (epidemiolog*) NOT (assisted suicide or euthanasia or end of life care).

Foram utilizados como critérios de inclusão: estudos observacionais que descrevam a relação entre religiosidade e comportamento suicida em indivíduos acima de 10 anos de idade. O desfecho considerado é o comportamento suicida em suas diferentes modalidades, agrupados da seguinte forma: (1) plano, ideação e pensamento suicida; (2) ameaça e gesto suicida; (3) tentativa de suicídio e (4) suicídio propriamente dito. A exposição a ser considerada é a religiosidade, sendo esta considerada como todo e qualquer aspecto relacionado a comportamentos e práticas religiosas, crenças ou filiações religiosas.

Foram excluídos artigos utilizando desenhos de estudo do tipo revisões de literatura e relato de casos; assim como, artigos publicados em idiomas diferentes do inglês, português e espanhol.

Para a avaliação da qualidade dos artigos, foi utilizada a estratégia STROBE – Strengthening Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Malta, 2010),

composta por 22 itens avaliam a qualidade das informações desde a formulação do título até as informações sobre a fonte financiadora do estudo. Estabelecemos como ponto de corte a presença de no mínimo 15 itens dos 22 propostos.

Roteiro de Avaliação Qualitativa (RAQ)

Com o objetivo de avaliar a qualidade dos estudos encontrados, foi desenvolvido um Roteiro para Avaliação Qualitativa (RAQ). Esse instrumento foi desenhado de forma a abarcar em sete seções, os principais aspectos e resultados dos estudos, sendo elas: (1) identificação do artigo (referente às informações iniciais sobre autores, publicação, especialidade do periódico e, objetivos do estudo); (2) características metodológicas do estudo (tipo de desenho de estudo, existência ou não de vieses); (3) características gerais da amostra (idade, tamanho da amostra, escolaridade, raça, sexo, entre outras); (4) características do instrumento de aferição do comportamento suicida e do evento (utilização de instrumento padronizado, ou não, para medição do comportamento suicida, avaliação de validade e confiabilidade desses instrumentos, o tipo de comportamento suicida indicado, o método utilizado para a tentativa suicida ou o suicídio propriamente dito); (5) aspectos relacionados à avaliação da religiosidade (utilização ou não de instrumento para medição da religiosidade, avaliação de validade e confiabilidade desses instrumentos, e como esta variável foi definida); (6) limitações do estudo; e (7) principais resultados encontrados, além das informações adicionais, onde constam as estratégias de promoção de prevenção ao comportamento suicida, caso sejam relatadas nos estudos.

Com o objetivo de avaliar a confiabilidade inter-observador o Índice Kappa (k) foi estimado a partir da aplicação do RAQ em 15 artigos (correspondendo a aproximadamente 10% dos estudos encontrados). Este índice varia de -1 a 1, onde valores de Kappa < 0 representam concordância pobre, entre 0 e 0,2 – concordância fraca, entre 0,21 a 0,40 – concordância razoável, entre 0,41 a 0,60 – concordância moderada, entre 0,61 a 0,80 – concordância substancial e entre 0,81 a 1,0 concordância perfeita (Landis e Koch, 1977). Foram comparadas as respostas da

autora (L.J.N) e de um outro observador com Doutorado (Pós-doutorado em curso) em Epidemiologia, de forma a avaliar a existência de concordância entre as respostas extraídas por ambos quando o roteiro de avaliação qualitativa foi utilizado, isto é, o quanto o instrumento se manteve constante quando utilizado por mais de um extrator. O índice foi calculado para as principais variáveis de interesse para nosso estudo: “desenho de estudo” – tipo de desenho empregado para o estudo ($k = 1$); se houve algum tipo de validação dos instrumentos utilizados para avaliar comportamento suicida ($k = 0,75$); se houve avaliação da confiabilidade desses instrumentos ($k = 1$); como “comportamento suicida” foi definido (plano, ideação ou pensamento suicida, ameaça ou gesto suicida, tentativa de suicídio, suicídio propriamente dito) ($k = 0.83$); como o conceito de “religiosidade” foi operacionalizado (crença em uma divindade, pertencimento a uma denominação religiosa, frequência a cultos e outras definições que fossem indicadas nos estudos) ($k = 0.56$); se o estudo relatou suas limitações ($k = 0.74$); se o estudo seria incluído ou não em nosso estudo ($k = 1$).

Análise dos dados

A montagem do banco de dados foi realizada a partir do lançamento das respostas dadas no RAQ em planilha Microsoft Excel 2003 versão 7, para posterior análise de frequências no SPSS for Windows, Versão 20. Para a análise do índice Kappa foi utilizado o programa estatístico R versão 12.

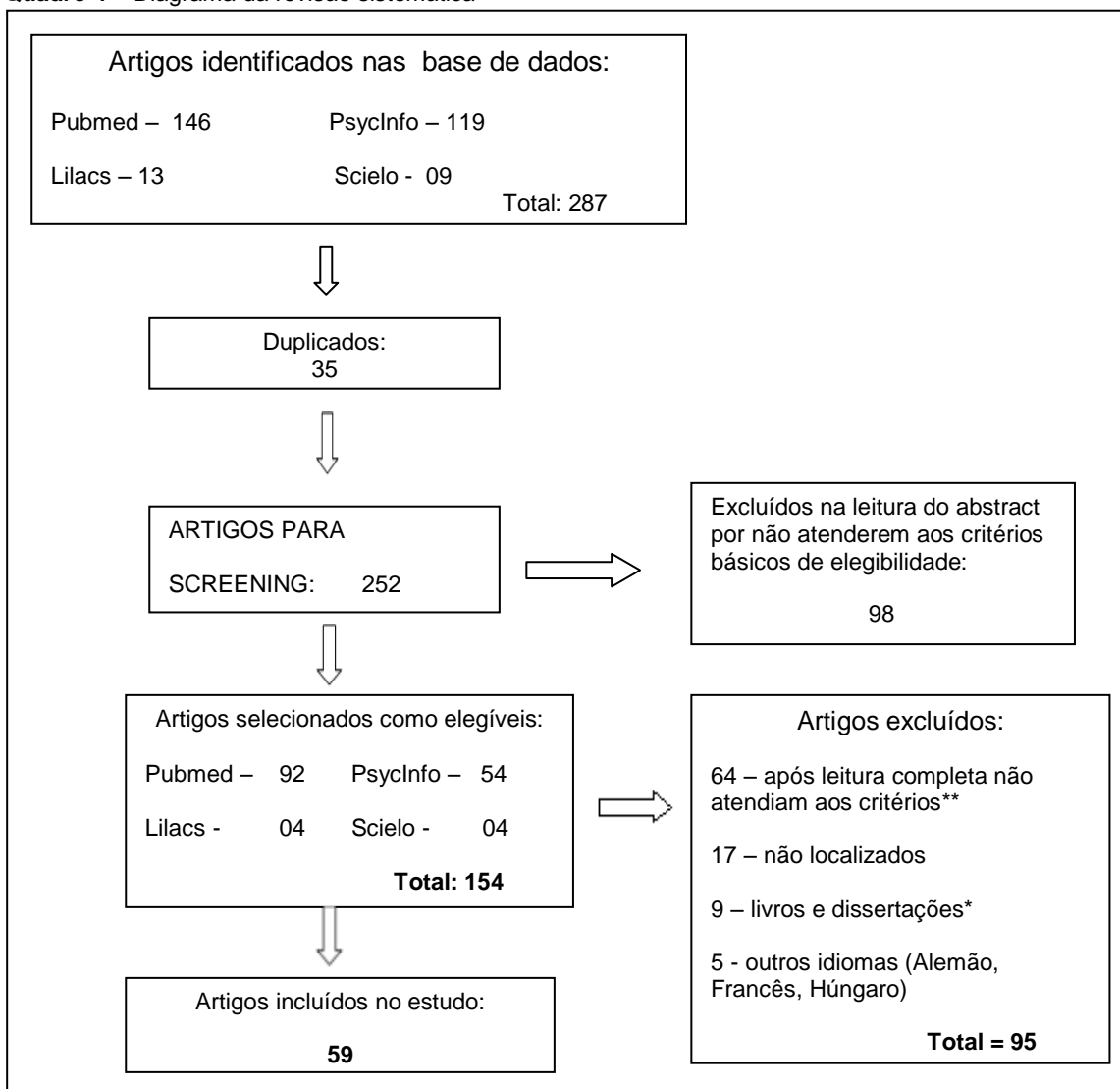
Resultados

Busca bibliográfica

De acordo com os critérios de elegibilidade adotados para a seleção dos resumos nos quais 154 artigos se encaixaram, a seleção final, após a leitura integral dos mesmos, incluiu 59 artigos (38,3% dos resumos selecionados), tendo por

principais motivos de exclusão: artigos descritivos, ausência de medição da variável exposição e artigos publicados em alemão, francês e húngaro. O Quadro 4, apresenta os passos percorridos até a seleção final dos 59 artigos que foram incluídos nesse estudo.

Quadro 4 – Diagrama da revisão sistemática



* As dissertações foram excluídas por não estarem disponíveis para consulta à distância.

Identificação dos artigos

Em 45 artigos (78%), os autores principais eram vinculados a universidades, em seis artigos (10,2%) vinculados a instituições hospitalares e nos oito artigos restantes (13,6%) os autores eram vinculados a entidades, tais como centros de pesquisa, serviços de saúde e escolas de medicina.

Com relação ao país de publicação dos estudos analisados, 71% foram publicados nos EUA (42 artigos), seguido por Reino Unido, com cinco artigos e Brasil com três artigos; outros países tais como Austrália, Bósnia, Canadá, Colômbia, Escandinávia, Índia, Irã e Japão contribuíram com um artigo cada.

Quanto ao ano de publicação, os artigos incluídos foram publicados entre os anos de 1982 e 2012, tendo sido o ano de 2011 o de maior número de publicações, com 10 artigos (16,9%), seguido pelos anos de 2004 e 2009, com seis artigos cada (cerca de 10%).

Os periódicos nos quais os artigos foram publicados tinham como especialidade em 34% (equivalente a 20 artigos) a Psiquiatria, Psicologia e Suicidologia, com seis artigos cada, Saúde Pública com cinco artigos e Epidemiologia com quatro artigos, além de 18 artigos em outras especialidades que incluíam Sociologia e Teologia, entre outros.

Características metodológicas dos estudos

Com relação ao desenho de estudo, dos 59 artigos analisados, 30 (50,8%) foram estudos de corte transversal, 14 (23,7%), estudos caso-controle, 12 (20,3%) estudos ecológicos, e três (5,1%) estudos de coorte.

As análises estatísticas mais comuns foram: regressão logística (49,2% dos artigos), e análises bivariadas (33,9% dos artigos), além de regressão linear múltipla e análise de variância (ANOVA). Quanto às principais medidas de associação, o *odds ratios* (OR) foi calculado em 47,5% dos estudos, seguido pelo cálculo do qui-quadrado em 27,12% e coeficiente de correlação de Pearson em 15,25%. Em

muitos estudos estas medidas foram calculadas em conjunto com os testes de hipóteses Wald, F, e T de student.

Dos 59 artigos selecionados, em 46 artigos (78%), não há descrição da avaliação de possíveis vieses de aferição e/ou seleção. Deste conjunto 11 artigos avaliaram a possibilidade destes vieses, porém somente cinco artigos indicaram as estratégias para minimizá-los.

Características gerais da amostra

Foram analisados aspectos relativos à amostra dos indivíduos selecionados para participarem do estudo. O número de indivíduos incluídos nos estudos publicados nos 59 artigos totalizou 214.766. A idade média desses indivíduos variou entre 22,5 a 32,6 anos. As características tais como tamanho da amostra, sexo (maior proporção), base populacional, faixa etária para cada estudo estão descritas no Quadro 5, que também apresenta os instrumentos utilizados para avaliação da religiosidade e do comportamento suicida.

Quadro 5. Características gerais da amostra nos estudos observacionais sobre religiosidade e comportamento suicida

Autor, ano	Tipo, local e período de estudo	População de estudo	Instrumentos utilizados para avaliar religiosidade	Instrumentos utilizados para avaliar comportamento suicida
Ali et al. 2005	Tipo: Ecológico Local: Trinidad e Tobago	N= 1845 Sexo*: Feminino Base: Escolar Indivíduos com idade entre 14 e 20 anos	Não houve utilização de instrumento	SIQ - Suicidal Ideation Questionnaire
Almasi et al. 2009	Tipo: Caso-controle Local: Hungria	N= 400 Base: Comunidade/ população Geral Sexo: Masculino Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	Autópsia Psicológica DSM IV
Anglin et al. 2005	Tipo: Caso-controle Local: Estados Unidos	N= 244 Base: Hospitalar Sexo: Masculino e feminino (50%) Não foi indicada a faixa etária	RWB - Religious Well - Being	SAS - Suicidal Assessment Scale Demographic Data Questionnaire
Beautrais et al. 1998	Tipo: Caso-controle Local: Christchurch (Nova Zelândia)	N= 282 Base: Hospitalar Sexo: Feminino Indivíduos abaixo de 25 anos	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo
Benute et al. 2011	Tipo: Transversal Local: São Paulo (Brasil)	N= 268 Base: Hospitalar Sexo: Feminino Não foi indicada a faixa etária	Instrumento construído pela equipe	PRIME-MD - Primary Care Evaluation of Mental Disorders
Bezerra Filho et al. 2012	Tipo: Ecológico Local: Rio de Janeiro (Brasil)	N= 1508 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino	Não houve utilização de instrumento	CID 10

		Indivíduos acima de 10 anos		
Blum et al. 2003	Tipo: Ecológico Local: nove países do Caribe	N= 16000 Base: Escolar Sexo: Não indicado Indivíduos com idade entre 10 e 18 anos	Não houve utilização de instrumento	Minnesota Health Survey (modificado) Youth Risk Behaviour Survey
Breault et al. 1982	Tipo: Ecológico Local: países da ONU	N= 42 países da ONU Base: Comunidade/ população geral Sexo: Não indicado Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Chan et al. 2011	Tipo: Transversal Local: Malásia	N= 75 Base: Hospitalar Sexo: Feminino Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	BDI - Beck depressed investigation SRRS - Social Readjustment Rating scale
Clarke et al. 2003	Tipo: Transversal Local: Irlanda	N= 1395 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Não indicado Indivíduos acima de 15 anos	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Cohen et al. 2008	Tipo: Transversal Local: Nova Iorque (Estados Unidos)	N= 1074 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Indivíduos acima de 55 anos	Instrumento construído pela equipe	Não houve utilização de instrumento
Dervic et al. 2011	Tipo: caso-controle Local: Pittsburgh (Estados Unidos)	N= 200 Base: Ambulatorial Sexo: Feminino Idade média: 36 anos	Não houve utilização de instrumento	RFLI - Reasons for Life Inventory Columbia suicide History Form Scale for Suicide Ideation The Beck Lethality rating Scale Suicide Intent Scale

				DSM III-R
Dervic et al. 2001	Tipo: Transversal Local: Nova Iorque (Estados Unidos)	N= 371 Base: Ambulatorial Sexo: Masculino Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	The Reasons for Live Inventory Columbia Suicide History form Scale for Suicide Ideation
Duberstein et al. 2004	Tipo: Caso-controle Local: Rochester e Syracuse (Estados Unidos)	N= 172 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino Indivíduos acima de 50 anos	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Eizadi-Mood et al. 2012	Tipo: Transversal Local: Irã	N= 384 Base: Hospitalar Sexo: Feminino Indivíduos com idade entre 15 e 40 anos	Não houve utilização de instrumento	GHQ-28 General Health Questionnaire
Eskin et al. 2004	Tipo: Transversal Local: Turquia	N= 420 Base: Escolar Sexo: Masculino Indivíduos com idade entre 13 e 20 anos	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo
Eskin et al. 2011	Tipo: Transversal Local: Turquia e Austria	N= 646 Base: Universitários Sexo: Masculino Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo
Faria et al. 2006	Tipo: Ecológico Local: Rio Grande do Sul (Brasil)	N= 4765 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Garfinkel et al.	Tipo: Caso-controle	N= 1010	Não houve utilização de	Não houve utilização de instrumento

1982	Local: Toronto (Canadá)	Base: Hospitalar Sexo: Feminino Não foi indicada a faixa etária	instrumento	
Hilton 2002	Tipo: Ecológico Local: Utah (Estados Unidos)	N= 551 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino Indivíduos com idade entre 15 e 34 anos	Não houve utilização de instrumento	CID 9 - Classificação Internacional de Doenças
Hovey. 1999	Tipo: Transversal Local: Califórnia (Estados Unidos)	N= 201 Base: Escolar Sexo: Feminino Indivíduos com idade entre 17 e 77 anos	Não houve utilização de instrumento	The Adult Suicidal Ideation Questionnaire
Kaslow et al. 2004	Tipo: Caso-controle Local: Estados Unidos	N= 200 Base: Hospitalar Sexo: Masculino e feminino (50%) Indivíduos com idade entre 18 e 64 anos	MMRI - Multidimensional Measure of Religious Involvement/ SWBS - Spiritual Well-being Scale	SIS Beck - Suicidal Ideation Scale
Kebede et al. 1999	Tipo: Ecológico Local: Ethiopia (África)	N= 10203 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Indivíduos acima de 15 anos	Não houve utilização de instrumento	SQR - Self Reporting Questionnaire Instrumento construído pela equipe
Kirmayer et al. 1998	Tipo: Transversal Local: Québec (Canadá)	N= 203 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Indivíduos com idade entre 15 e 24 anos	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo

Kirmayer et al. 1996	Tipo: Transversal Local: Canadá	N= 99 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Indivíduos com idade entre 15 e 25 anos	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo
Kohn et al. 1997	Tipo: Transversal Local: Israel	N= 1957 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Não indicado Indivíduos acima de 15 anos	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Kovess-Masfety et al. 2011	Tipo: Transversal Local: França e Espanha	N= 3555 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Indivíduos acima de 18 anos	Construído pela equipe	Construído pela equipe de estudo
Kurihara et al. 2009	Tipo: Caso-controle Local: Bali (Indonésia)	N= 180 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	Autópsia Psicológica
Lester 1987	Tipo: Ecológico Local: Estados Unidos	N= Não indicado Base: Comunidade/ população geral Sexo: Não indicado Indivíduos acima de 14 anos	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Lester. 2001	Tipo: Ecológico Local: Estados Unidos (48 estados)	N= Não indicado Base: Comunidade/ população geral Sexo: Não indicado Indivíduos acima de 65 anos	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento

Lizardi et al. 2008	Tipo: Transversal Local: Nova Iorque (Estados Unidos)	N= 265 Base: Ambulatorial Sexo: Feminino Idade média: 37 anos	RFLI - Reasons for Life Inventory	HAM 17 - Depression Rating Scale BDI - Beck Depression Inventory BHS - Beck Hopelessness Scale/ DSM III-R CIDI -I/ GAS - Global Assessment Scale BGAI - Brown Goodwin Aggression Inventory
Martin. 1984	Tipo: Ecológico Local: Nova Iorque (Estados Unidos)	N= 1500 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Não indicado Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Martiny et al. 2011	Tipo: Transversal Local: Rio de Janeiro (Brasil)	N= 69 Base: Hospitalar Sexo: Masculino Idade média: 50 anos	Não houve utilização de instrumento	Mini International Neuropsychiatric Interview
Marušić. 1998	Tipo: Ecológico Local: Eslovênia	N= 6178 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Não indicado Indivíduos acima de 10 anos	Não houve utilização de instrumento	CID-9
Molock et al. 2006	Tipo: Transversal Local: Washington D C (Estados Unidos)	N= 212 Base: Escolar Sexo: Feminino Indivíduos com idade entre 13 e 19 anos	RII Religious Involvement Inventory RCS Religious Coping Scale	SEQ- Scale for Emotional Quocient Reasons For Life Inventory
Muñoz et al. 2010	Tipo: Caso-controle Local: Nariño (Colômbia)	N= 213 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino Indivíduos com idade entre 28 e 29	Não houve utilização de instrumento	Autópsia Psicológica

		anos		
Nad et al. 2008	Tipo: Caso-controle Local: Estados Unidos	N= 77 Base: Ambulatorial Sexo: Masculino Indivíduos com idade entre 33 e 57 anos	SWB – Spiriuual Well Being	SAS - Suicidal Assessment Scale
Neeleman et al. 1999	Tipo: Ecológico Local: Estados Unidos e Europa	N= 37688 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Não indicado Indivíduos acima de 18 anos	WVS - World Values Survey	Não houve utilização de instrumento
O'Donnell et al. ³⁹ 2004	Tipo: Transversal Local: Nova Iorque (Estados Unidos)	N= 879 Base: Escolar Sexo: Feminino Indivíduos acima de 17 anos	Construído pela equipe	Construído pela equipe de estudo
Ozdel et al. 2009	Tipo: Transversal Local: Turquia	N= 144 Base: Hospitalar Sexo: Feminino Indivíduos com idade entre 10 e 53 anos	Não houve utilização de instrumento	SIS - Suicidal Ideation Scale/ BSIS - Beck suicidal Itention Scale
Polazarevska et al. 2011	Tipo: Transversal Local: Skopje (Rep. Macedônia)	N= 1683 Base: Hospitalar Sexo: Feminino Indivíduos com idade entre 14 e 94 anos	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Rasic et al. 2011	Tipo: Coorte Local: Baltimore (Estados Unidos)	N= 1091 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Indivíduos acima de 18 anos	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento
Rasic et al. 2009	Tipo: Transversal Local: Canadá	N= 36984 Base: Comunidade/ população	Não houve utilização de instrumento	Não houve utilização de instrumento

		geral Sexo: Feminino Indivíduos acima de 15 anos		
Rasic et al. 2011	Tipo: Transversal Local: Nova Scotia (Canadá)	N= 1615 Base: Escolar Sexo: Feminino Indivíduos com idade entre 15 e 19 anos	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo
Robins et al. 2009	Tipo: Transversal Local: Estados Unidos	N= 454 Base: Universitários Sexo: Feminino Indivíduos entre 18 e 21 anos	Não houve utilização de instrumento	SIS - Suicidal Ideation Scale
Schweitzer et al. 1995	Tipo: Transversal Local: Queensland (Austrália)	N= 1678 Base: Universitários Sexo: Feminino Idade media: 22 anos	The Religious Preference Form The Brief Religious History Form The Organization Religiouness Form The Private religious Practices Form DuKe Religion Index Doctrinal Orthodoxy Scale	SIS - Suicidal Ideation Scale (modificado)
Sidhartha et al. 2006	Tipo: Transversal Local: Nova Dheli (Índia)	N= 1205 Base: Escolar Sexo: Masculino Indivíduos com idade entre 12 e 19 anos	Não houve utilização de instrumento	YRBS - Youth Risk Behaviour Survey/ BDI - Beck Depression Inventory
Sisask et al. 2010	Tipo: Caso-controle Local: Brasil, Estônia, Índia, Iran, Africa do Sul, Sri Lanka, Vietnam	N= 8303 Base: Hospitalar Sexo: Não indicado Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo baseado no EPSIS- European parassuicide study interview schedule (WHO/EURO)
Snarr et al. 2010	Tipo: Transversal Local: Estados Unidos	N= 52780 Base: Militares Sexo: Masculino	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo

		Não foi indicada a faixa etária (adultos)		
Spencer et al. 2012	Tipo: Coorte Local: Estados Unidos	N= 700 Base: Hospitalar Sexo: Masculino Indivíduos acima de 20 anos	Não houve utilização de instrumento	Yale Evaluation of Suicidality
Taliaferro et al. 2009	Tipo: Transversal Local: Flórida (Estados Unidos)	N= 457 Base: Hospitalar Sexo: Feminino Indivíduos entre 18 e 24 anos	NIA - Fetzer Multidimensional Measures of religiouness Espirituality for use in Health Research	ASIQ - Adult Suicidal Ideation Questionnaire
Tran et al. ⁵² 2006	Tipo: Transversal Local: Hanói (Vietnam)	N= 2400 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Não foi indicada a faixa etária	SWBS - Spiritual Well Being Scale	SUPREMISS - Community Survey Questionnaire
Tsoh et al. 2005	Tipo; Caso-controle Local: Hong Kong (China)	N= 224 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Indivíduos acima de 65 anos	Não houve utilização de instrumento	SIS - Beck's Suicidal Intent Scale/ Autópsia Psicológica
Wingate et al. 2005	Tipo: Transversal Local: Estados da região sul (Estados Unidos)	N= 5125 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino e Feminino (50%) Indivíduos com idade entre 15 e 59 anos	Não houve utilização de instrumento	Construído pela equipe de estudo
Yen et al. 2005	Tipo: Transversal Local: Taiwan (China)	N= 1000 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Não foi indicada a faixa etária	Construído pela equipe	Construído pela equipe de estudo
Young et al.	Tipo: Coorte	N= 1860	Não houve utilização de	Não houve utilização de instrumento

2011	Local: Glasgow (Escócia)	Base: Escolar Sexo: Masculino e Feminino (50%) Indivíduos com idade entre 11 e 19 anos	instrumento	
Zhang et al. 2004	Tipo: Caso-controle Local: Dalian e Liaoning (China)	N= 172 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino Idade média: 46 anos	Não houve utilização de instrumento	Autópsia Psicológica
Zhang et al. 2010	Tipo: Caso-controle Local: Liaoning, Hunan, Shandong (China)	N= 392 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Masculino Indivíduos com idade entre	Não houve utilização de instrumento	Autópsia Psicológica
Zhao et al. 2012	Tipo: Transversal Local: China	N= 1390 Base: Comunidade/ população geral Sexo: Feminino Não foi indicada a faixa etária	Não houve utilização de instrumento	SBQ-R - Suicidal Behaviour Questionary - Revised (versão chinesa)

Características específicas relacionadas à religiosidade

Dos 59 artigos analisados, 14 artigos (23,8%) utilizaram questionários ou escalas para a avaliação da religiosidade na população estudada, dentre estes, nove artigos (15,3%) relataram uso de instrumentos padronizados, sendo o SWBS (Spiritual Well-being Scale) o de maior utilização em nossa amostra, presente em quatro artigos (6,8%). Contudo existe uma gama variada de instrumentos que foram utilizados pelos estudos (vide Quadro 5). Cinco artigos (8,5%) utilizaram instrumentos não padronizados (que foram construídos pelas equipes de estudo). Deve-se considerar que houve a utilização de mais de um instrumento em alguns estudos, assim como o uso combinado de instrumentos padronizados e não padronizados para sua pesquisa.

Por outro lado, em 45 artigos (76,3%) não foi mencionado o uso de qualquer instrumento para avaliação da variável exposição, A religiosidade foi definida como pertencimento a uma denominação religiosa em 21 artigos (35,6%), frequência a cultos em 12 artigos (20,3%), crença em uma divindade em dois artigos (3,4%), e em nove artigos (15,3%) a combinação de mais de uma modalidade foi utilizada. Outras definições variadas foram apresentadas em 14 artigos (23,7%), e somente um artigo (1,7%) não apresentou nenhuma definição específica para a variável de exposição.

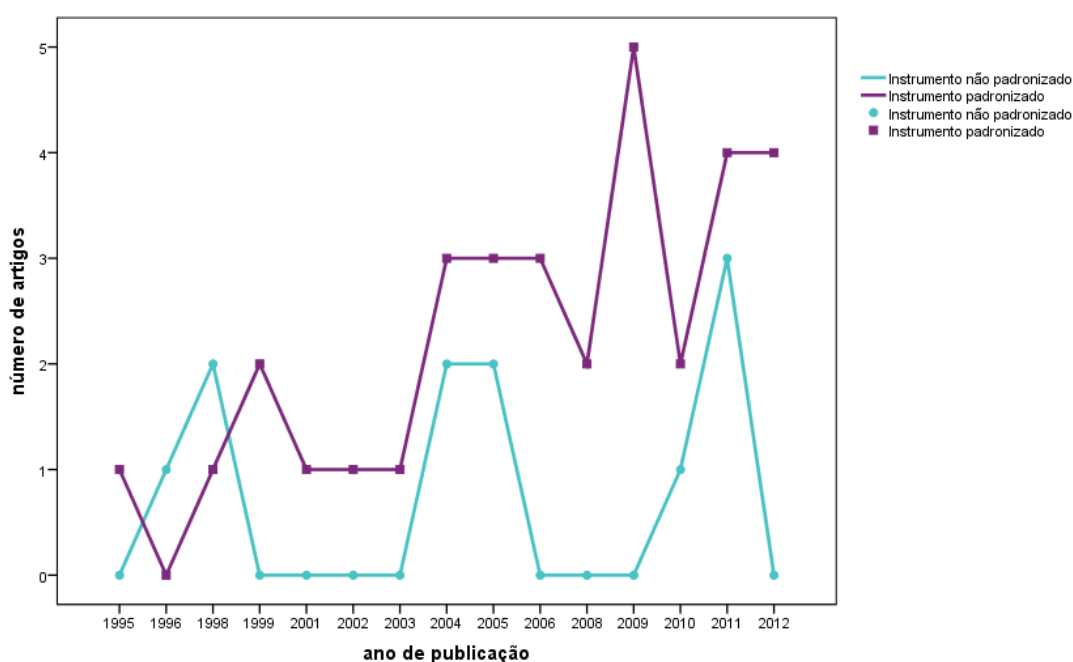
Características específicas relacionadas ao comportamento suicida

O comportamento suicida foi avaliado mediante uso de questionários ou escalas em 44 artigos (74,6%), dos quais 33 artigos (55,9%) utilizaram instrumentos padronizados e 11 artigos (18,6%) utilizaram instrumentos não padronizados (que foram construídos pelas equipes de estudo). Em 15 artigos (25,4%) não houve a utilização de qualquer instrumento para aferição da variável de desfecho, neste caso, perguntas simples sobre a ocorrência de plano, ideação ou pensamento suicida e/ou tentativas de suicídio, foram feitas aos indivíduos estudados. Os

instrumentos padronizados mais utilizados nos estudos selecionados foram: SIS – Beck's Suicidal Intent Scale, Autópsia Psicológica, BDI – Beck Depression Inventory, RFLI – Reasons for Life Inventory (Quadro 5)

A distribuição ao longo do tempo, dos estudos selecionados, mostrou que a utilização de instrumentos, padronizados ou não padronizados, para a avaliação do comportamento suicida, ocorre desde 1995, e que a partir de 2003 houve maior presença dos mesmos nas pesquisas conduzidas, conforme Figura 4.

Figura 4. Instrumentos utilizados para a avaliação do comportamento suicida



A validade dos instrumentos padronizados foi avaliada em sete artigos (11,9%) de nossa amostra, e a confiabilidade foi avaliada em apenas cinco artigos (8,5%).

As formas do comportamento suicida indicadas nos estudos selecionados ficaram assim distribuídas: plano, ideação ou pensamento suicida foram avaliados junto com tentativa de suicídio em 17 artigos (28,8%), suicídio propriamente dito (isoladamente) foi investigado em 16 artigos (27,1%), tentativa de suicídio foi

avaliada isoladamente em 07 artigos (11,9%), plano, ideação ou pensamento suicida, sem tentativa de suicídio, em seis artigos (10,2%), e a combinação de tentativa de suicídio e suicídio propriamente dito só foi avaliado em um artigo (1,7%).

Dentre os artigos que investigaram os principais métodos utilizados para o comportamento suicida, oito (13,6%) indicaram envenenamento ou overdose como forma escolhida, e estrangulamento ou utilização de arma de fogo foram identificados em cinco artigos (8,5% dos estudos).

Nos estudos analisados, encontramos associação negativa entre religiosidade e comportamento suicida em 74,8% (44 artigos), corroborando a hipótese mais difundida de que a religiosidade seria um fator de proteção para o comportamento suicida. Estudos como Benute (2011)⁵, Rasic (2011)⁴⁴, Sisack (2010)⁴⁸, entre outros, apresentam resultados que confirmam esta associação. Identificamos também em nossa pesquisa, estudos que apresentam resultados que, mesmo sugerindo a associação negativa entre as variáveis, consideram em suas amostras situações nas quais a religiosidade é associada positivamente ao comportamento suicida, como podemos observar nos estudos de Molock (2006)³⁵, Snarr (2010)⁴⁹, e Tosh (2005)⁵³.

Em 12 estudos (20,4%) foi relatada associação positiva entre a variável exposição e o desfecho, considerando aspectos sócios culturais específicos das populações estudadas. Alguns estudos apresentam resultados que exemplificam esta associação tais como, Faria (2006)¹⁸, Sidhartha (1973)⁴⁷, Zhang (2010)⁵⁷, e em três estudos a religiosidade não exerceu nenhum efeito sobre este comportamento. O Quadro 6 apresenta um panorama dos artigos encontrados (definição de religiosidade, comportamento suicida avaliado e principais resultados encontrados) sobre a associação entre religiosidade e comportamento suicida.

Quadro 6. Estudos observacionais sobre religiosidade e comportamento suicida

Autor (es)	Ano	Periódico	Local do estudo	Religiosidade (definição)	Comportamento suicida avaliado	Principais resultados
Ali et al.	2005	Soc. Psych. and Psychiat. Epidemiol.,	Trinidad e Tobago	Frequência a cultos	Plano, ideação ou pens. / Tentativa	Frequência à instituição religiosa diminuiu somente ideação suicida/ rezar com a família diminui tanto ideação como tentativas de suicídio.
Almasi et al.	2009	BMC Psychiatry	Hungria	Prática religiosa	Plano, ideação ou pens. / Tentativa	Prática religiosa como fator de proteção.
Anglin et al.	2005	J. Psychol. Theology	Estados Unidos	Pertencimento a denominação religiosa / bem estar espiritual	Tentativa de suicídio e aceitação do suicídio	Bem-estar religioso inversamente associado à aceitação do suicídio.
Beautrais et al.	1998	Austral N Zeal J Psychiat	Christchurch (Nova Zelândia)	Pertencimento a denominação religiosa / frequência a cultos	Tentativa de suicídio	Os casos que frequentavam igreja mais de uma vez ao mês apresentaram risco aumentado para tentativas de suicídio.
Benute et al.	2011	Rev Assoc Med Bras	São Paulo (Brasil)	Crença religiosa	Plano, ideação ou pensam. suicida	Ausência de crença religiosa foi significativamente mais frequente em gestantes que apresentavam risco para comportamento suicida (28,6% p=0,012).
Bezerra Filho et al.	2012	Cad. Saúde Pública	Rio de Janeiro (Brasil)	Pertencimento a denominação religiosa	Suicídio propriamente dito	População residente pertencente à religião de origem pentecostal apresentou maior mortalidade proporcional, comparado aos católicos, que pode ser explicado possivelmente pelo fato de que a religião católica exerce maior controle social sobre seus membros, o que diminuiria as taxas de suicídio.

Blum et al.	2003	Am J Public Health	Nove países do Caribe	Crença religiosa	Tentativa de suicídio	Participação religiosa foi associada à diminuição dos comportamentos de risco para a saúde.
Breault et al.	1982	The Soc. Quarterly	Países ONU	Integração religiosa	Suicídio propriamente dito	Integração familiar, política e religiosa (nesta ordem) foram associadas negativamente a aumento das taxas de suicídio.
Chan et al.	2011	Crisis	Malasia	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensam. / tentativa de suicídio	Religião (entre outros fatores) foi significativamente associada com tentativas de suicídio, considerando que a amostra era majoritariamente composta por indianos hindus (82,4%) – religião que possui atitude ambivalente com relação ao comportamento suicida.
Clarke et al.	2003	Soc. Psychiatry Psych	Irlanda	Crença em uma divindade e freqüência a cultos	Suicídio propriamente dito	A religiosidade é maior entre mulheres do que em homens na população irlandesa de acordo com várias medidas de crenças, atitudes e práticas. Os diferentes graus de religiosidade podem contribuir para a disparidade nas taxas de suicídios sendo estas, maiores para homens.
Cohen et al.	2008	The Gerontologist	Nova Iorque (Estados Unidos)	Freqüência a cultos	Plano, ideação ou pensam. suicida	Baixo nível de religiosidade foi significativamente associado ao comportamento suicida entre brancos e negros em grupos etários mais jovens e, mais idosos, porém o uso de espiritualistas e seus produtos foi associado a maior potencial suicida, somente em brancos.
Dervic et al.	2011	J. Clin. Psychiatry.	Pittsburgh (Estados Unidos)	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensam. suicida/ tentativa de suicídio	Os pacientes filiados religiosamente apresentam maiores escores de objeções morais e religiosas na escala (Reasons For Live Inventory). As objeções morais mediaram os efeitos da afiliação religiosa no comportamento suicida.

Dervic et al.	2004	Am. J. Psychiatry.	Nova Iorque (Estados Unidos)	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensam. suicida/ tentativa de suicídio	Indivíduos filiados religiosamente foram menos propensos a apresentar histórico de ideação suicida e tentativa de suicídio.
Duberstein et al.	2004	Psychol. Med	Rochester e Syracuse (Estados Unidos)	Frequência a cultos	Suicídio propriamente dito	O resultado das análises apontou que os suicidas eram menos propensos a se envolverem em práticas religiosas ou atividades comunitárias, além apresentarem menores níveis de interação social.
Eizadi-Mood et al.	2012	Int. J. Prev. Med	Irã	Nível de dogmas religiosos	Tentativas de suicídio	Ser religioso e, conseqüentemente esperançoso, exerce um efeito positivo na prevenção do auto-envenenamento nos indivíduos estudados.
Eskin et al.	2004	Soc Psychiatry Psyc Epidemiol	Turquia	Pertencimento a uma escola religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ aceitação do suicídio.	O grupo de estudantes seculares apresentou maior aceitação ao suicídio, como uma opção em tempos de crise, do que o grupo de alunos religiosos, porém, os alunos religiosos apresentaram maior tolerância com os que apresentam comportamento suicida, comparado aos estudantes seculares.
Eskin et al.	2011	Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol	Turquia e Austria	Grau de religiosidade	Plano, ideação ou pensam. suicida/ tentativa de suicídio	Estudantes de medicina turcos se declararam mais religiosos e, apresentaram maior tolerância a indivíduos suicidas próximos, que estudantes austríacos (estes resultados foram consistentes com resultados apresentados em outro estudo do mesmo autor comparando estudantes religiosos e seculares nos dois países)
Faria et al.	2006	Cad Saúde Pú	Rio Grande do Sul (Brasil)	Pertencimento a denominação religiosa	Suicídio propriamente dito	Em populações de origem germânica, no Rio Grande do Sul, foi identificada associação entre suicídio masculino e a religião protestante (tradicional)
Garfinkel et al.	1982	Am J Psychiat	Toronto (Canadá)	Pertencimento a denominação religiosa	Tentativa de suicídio	A maior frequência de tentativas de suicídio foi encontrada em protestantes em comparação com católicos e judeus, porém

						deve-se considerar que a amostra era composta em maior quantidade por protestantes.
Hilton	2002	Am J Epidemiol	Utah (Estados Unidos)	Frequência a cultos	Suicídio propriamente dito	Os níveis mais elevados de religiosidade estavam inversamente associados ao suicídio.
Hovey.	1999	Psychol Reports	Califórnia (Estados Unidos)	Pertencimento a denominação religiosa/frequência a cultos	Plano, ideação ou pensamento suicida.	Auto-percepção de religiosidade, influência da religião e, frequência à igreja foram associadas negativamente à ideação suicida. Os achados dão apoio à idéia de que alta religiosidade pode atuar como papel protetor contra o suicídio.
Kaslow et al.	2004	Cult Div & Ethni Minor Psychol	Estados Unidos	Pertencimento a denominação religiosa	Tentativa de suicídio	Os indivíduos que não tentaram suicídio apresentaram menor grau de religiosidade/ espiritualidade em comparação com os que tentaram suicídio, para os dois sexos.
Kebede et al.	1999	Acta Psychiat Scand	Ethiopia (África)	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Não foi encontrada associação entre religião e comportamento suicida.
Kirmayer et al.	1998	Can J Psychiatry	Quebec (Canadá)	Frequência a cultos	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Frequência regular à igreja foi negativamente associado às tentativas de suicídio.
Kirmayer et al.	1996	Acta Psych Scand	Canadá	Frequência a cultos	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Frequente participação em igrejas foi avaliada como fator de proteção contra o comportamento suicida.

Kohn et al.	1997	J Am Acad Child & Adol Psych	Israel	Etnicidade foi relacionada como Religiosidade para judeus, árabes, muçulmanos, druzios, árabes cristãos)	Suicídio propriamente dito	Suicídio entre crianças teve um incremento em suas taxas entre os anos de 1975 e 1989, especialmente entre árabes muçulmanos enquanto que para jovens adolescentes o aumento foi percebido em judeus. Para a idade de serviço militar no grupo judeu, houve diminuição das taxas, efeito do declínio de taxas de causas indeterminadas do que da queda das taxas de suicídio isoladamente. As taxas combinadas (suicídio e mortes indeterminadas) para árabes muçulmanos entre 18 e 20 anos, permaneceram estáveis, porém, com diferença entre gêneros.
Kovess-Masfety et al.	2011	J Affec Disord	França e Espanha	Freqüência a cultos/ importância da religião/ uso da religião para resolução de problemas	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	O uso da religião para resolução de problemas embora tenha sido identificado como fator de risco para mulheres francesas, não apresenta grande importância, já que não houve uma relação consistente entre religiosidade e tentativa de suicídio. Pensamentos suicidas parecem mais demarcados em mulheres francesas que afirmam utilizar a religião como apoio, enquanto que o mesmo não foi observado em mulheres espanholas. Um a interpretação pode ser a de que mulheres francesas, que mais se apóiam na religião, possuem mais transtornos mentais (em comparação com as espanholas).
Kurihara et al.	2009	BMC Public Health	Bali (Indonésia)	Freqüência a cultos	Suicídio propriamente dito	Baixo nível de envolvimento religioso foi associado a maior risco para suicídio.
Lester	1987	Soc Psychiatry	Estados Unidos	Pertencimento a denominação religiosa	Suicídio propriamente dito	Para os dois índices de catolicismo medidos (proporção de católicos por estado e proporção de alunos de escolas católicas), tanto suicídio como homicídio apresentaram

						correlação negativa.
Lester.	2001	J Soc Psychol	Estados Unidos	Frequência a cultos	Suicídio propriamente dito	A proporção de frequência a cultos foi negativamente correlacionada às taxas de suicídio, assim, estados com populações mais religiosas tendem a ter taxas mais baixas de suicídio e homicídio.
Lizardi et al.	2008	J Psychiat Res	Nova Iorque (Estados Unidos)	Pertencimento a denominação religiosa	Tentativa de suicídio	Pacientes depressivos com baixos níveis de objeção moral ao suicídio apresentaram significativamente mais tentativas de suicídio ao longo da vida
Martin.	1984	J Clin Psychology.	Nova Iorque (Estados Unidos)	Frequência a cultos	Suicídio propriamente dito	A hipótese geral do estudo, de que a religiosidade diminui as taxas de suicídio foi corroborada, não havendo diferenças significativas nas correlações entre mulheres e homens brancos e negros.
Martiny et al.	2011	Comp Psychiatry	Rio de Janeiro (Brasil)	Possuir ou não religião	Risco de suicídio	Pacientes renais, não religiosos, em hemodiálise apresentaram oito vezes mais chances de estarem sob risco de suicídio quando comparados a pacientes religiosos (a religiosidade teve seu efeito anulado em pacientes deprimidos).
Marušic.	1998	Crisis	Eslovênia	Pertencimento a denominação religiosa	Suicídio propriamente dito	Homens pertencentes à religião católica residentes em comunidades pobres, menos desenvolvidas, apresentaram um risco aumentado para suicídio, possivelmente porque foi avaliada, somente, a declaração de pertencimento a uma religião e não foi aferida sua prática religiosa.
Molock et al.	2006	J Black Psychol	Washington D C (Estados Unidos)	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Estilo de coping religioso foi significativamente relacionado ao comportamento suicida; coping auto dirigido está relacionado com aumento do desespero, aumentando depressão e tentativas de suicídio e o coping colaborativo estava

						relacionado como aumento de razões para viver.
Muñoz et al.	2010	Rev Col de Psiq	Nariño (Colômbia)	Pertencimento a denominação religiosa/ freqüência a cultos	Suicídio propriamente dito	A falta de prática religiosa ativa foi considerada como preditora para risco de suicídio.
Nad et al.	2008	J Nerv Ment Disord	Estados Unidos	Crença em uma divindade/ freqüência a cultos	Suicidalidade	Resultados para a escala Espiritual Well-being (EWB) baixos pode implicar em aumento do risco para suicídio. Veteranos que tentaram suicídio ao menos uma vez ao longo da vida apresentaram menores pontuações. Estes, porém, apresentavam com mais freqüência participação em atividades religiosas, possivelmente refletindo um comportamento de busca de ajuda.
Neeleman et al.	1999	J Epid & Com Health	Estados Unidos e Europa	Pertencimento a denominação religiosa/ freqüência a cultos	Suicídio propriamente dito	Associações negativas entre religiosidade e taxas de suicídio foram encontradas para as quatro variáveis religiosas (religiosidade, atendimento religioso, filiação religiosa e educação religiosa), sendo mais pronunciada para religiosidade e menos consistente para atendimento religioso, sendo as associações mais robustas para mulheres e idosos do que para homens e jovens.
O'Donnell et al.	2004	Am J Com Psychol	Nova Iorque (Estados Unidos)	Crença em uma divindade	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	A proximidade da família e a religiosidade foram consideradas como fatores de resiliência.
Ozdel et al.	2009	Crisis	Turquia	Orientação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Tentativas de suicídio foram mais comuns em mulheres que em homens, e estas foram caracterizadas por baixa orientação religiosa e baixa religiosidade em comparação aos homens.
Polazarevska et al.	2011	Med Arch	Skopje (Rep. Macedônia)	Pertencimento a denominação	Tentativa de suicídio	Não foram encontradas diferenças significativas no percentual entre homens

				religiosa		crístãos e muçulmanos que tentaram suicídio, porém, uma porcentagem significativamente maior de mulheres crístãs, em comparação às muçulmanas, tentou suicídio. Uma possível interpretação seria a de que essa diferença estatística é condicionada a mudanças sociais e culturais na sociedade e nas famílias, com o aumento de fatores de risco relacionados ao estresse.
Rasic et al.	2011	J Psychiat Res	Baltimore (Estados Unidos)	Freqüência a cultos/ conforto espiritual	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Atendimento religioso foi considerado um fator de proteção contra comportamento suicida. Busca de conforto espiritual foram considerados como fatores de proteção contra ideação suicida, porém não associados à tentativa de suicídio.
Rasic et al.	2009	J Affec Disord	Canadá	Freqüência a cultos/ valores espirituais	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Resultados sugerem que identificar-se como religioso, foi associado a menores chances de tentativa de suicídio e, atendimento religioso foi associado ao declínio de ideação suicida para tentativas de suicídio, na população geral e naquela com doenças mentais, independente dos efeitos do suporte social.
Rasic et al.	2011	J Affec Disord	Nova Scotia (Canadá)	Freqüência a cultos	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Medidas de religiosidade foram associadas à proteção ao comportamento suicida entre adolescentes canadenses.
Robins et al.	2009	Suic Life-Threat Behav	Estados Unidos	Religiosidade pública e privada	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Envolvimento público (e não privado) foi associado a níveis mais baixos de ideação e tentativa de suicídio, esta relação é mediada por apoio social (e não a crença religiosa).
Schweitzer et al.	1995	Aust and N Zeal J	Queensland (Austrália)	Pertencimento a uma denominação religiosa/ convicção	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Estudantes sem religião apresentaram maior risco para tentativas de suicídio quando comparados aos que possuem filiação religiosa. Entretanto, maior risco para tentativa de suicídio emerge em indivíduos

				religiosa		associados a outras religiões que não católica e protestante.
Sidhartha et al.	2006	Indian J Pediat	Nova Dheli (Índia)	Pertencimento a uma crença religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Os resultados apresentam alta prevalência de ideação suicida, tentativa de suicídio e desejo de morte por estudantes adolescentes nas duas escolas avaliadas, entre outras variáveis, pertencer à religião hindu foi considerado fator de risco para estes comportamentos.
Sisask et al.	2010	Arch of Suic Res	Brasil, Estônia, Índia, Iran, Africa do Sul, Sri Lanka, Vietnam	Pertencimento a denominação religiosa/ freqüência a cultos/ considerar-se religioso	Tentativa de suicídio	Foram encontrados padrões similares entre homens e mulheres (com exceção de mulheres indianas) para tentativas de suicídio, a religiosidade subjetiva (considerar-se religioso) foi considerada fator de proteção para comportamento de suicídio não fatal (tentativas) em algumas culturas.
Snarr et al.	2010	Suic Life-Threat Behav	Estados Unidos	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Fatores demográficos, assim como não pertencer à religião cristã, predizem o risco significativamente aumentado de ideação suicida, para homens e mulheres.
Spencer et al.	2012	Am J Geriat Psych	Estados Unidos	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida	Pacientes que relataram ideação suicida preencheram critérios diagnóstico para transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de pânico, estes não possuíam filiação religiosa ou relataram alguma forma de espiritualidade.
Taliaferro et al.	2009	J Am Coll	Flórida (Estados Unidos)	Freqüência a cultos	Plano, ideação ou pensamento suicida	Resultados sugerem que, bem estar espiritual é um fator importante associado a baixos níveis de ideação suicida entre universitários.
Tran et al.	2006	BMC Public Health	Hanói (Vietnam)	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Os resultados sugerem que, participantes que seguiam a religião budista apresentavam menos pensamentos suicidas em comparação com os que não seguiam nenhuma religião ou seguiam a outras

						religiões (muçulmana protestante e judaica). Esta tradição cultural e religiosa pode explicar os baixos níveis de tentativas de suicídio e suicídio no Vietnã em comparação com outros países, considerando que sua população é fortemente influenciada pelo budismo.
Tsoh et al.	2005	Am J Geriat Psych	Hong Kong (China)	Importância da religião	Tentativa de suicídio/ suicídio propriamente dito	Comparado à comunidade, a importância da crença religiosa foi, em geral, associada à redução do risco tanto para tentativas de suicídio e suicídio completo, porém, para uma comparação direta entre suicídios completos e tentativas, o primeiro apresentou forte associação com o culto a ancestrais. Culto a ancestrais apresentou forte correlação com a escolha de métodos violentos em suicidas
Wingate et al.	2005	Suic Life-Threat Behav	Estados da região sul (Estados Unidos)	Religiosidade	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	A religiosidade e o suporte social não exerceram influência sobre o comportamento suicida.
Yen et al.	2005	Psych Clin Neurosc	Taiwan (China)	Pertencimento a uma denominação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida	Resultados indicaram que a ideação suicida foi significativamente alta em mulheres, em pessoas que não possuíam crença religiosa e, com pouca participação em atividades comunitárias, entre outros fatores sócio-demográficos.
Young et al.	2011	BMC Public Health	Glasgow (Escócia)	Pertencimento a uma denominação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Apresentar crenças religiosas foi considerado fator de proteção para comportamento suicida em escolares, porém, estudar em uma escola religiosa mostrou-se fator de risco para o mesmo comportamento. Uma possível explicação foi a chamada "incompatibilidade religiosa", alunos de uma religião, diferente da religião praticada por sua escola, apresentaram cerca de duas a

						quatro vezes mais chances de tentar suicídio ou auto-mutilarem-se.
Zhang et al.	2004	Acta Psych Scand	Dalian e Liaoning (China)	Crença em uma divindade	Suicídio propriamente dito	Os padrões encontrados para o suicídio em indivíduos chineses são similares aos encontrados na sociedade ocidental, porém, diferem no que se refere a disputas familiares, valores mianzi e religião (para alguns indivíduos chineses, ser religioso é equivalente a ser supersticioso e, a morte é uma solução para todos os problemas e o início de uma nova vida).
Zhang et al.	2010	Psychol Med	Liaoning, Hunan, Shandong (China)	Crença em uma divindade/ Pertencimento a denominação religiosa	Suicídio propriamente dito	A religião/ religiosidade foi identificada mais frequentemente nos suicidas que nos indivíduos que foram utilizados como controles, explicada pela diferente concepção de morte, característica das religiões orientais.
Zhao et al.	2012	BMC Public Health	China	Pertencimento a denominação religiosa	Plano, ideação ou pensamento suicida/ tentativa de suicídio	Ser religioso sem, contudo, ser ativo politicamente, foi associado a maior risco de suicídio, porém ser religioso e ser politicamente ativo foi associado à redução do risco para suicídio.

Alguns estudos indicaram que fatores tais como, viver em ambiente onde há incompatibilidade religiosa e, ser membro de certas religiões orientais, como a hindu (principalmente para mulheres), foram associados a maior risco de suicídio.

Como fatores de proteção, podemos destacar nos estudos aspectos tais como: a integração do indivíduo com seu núcleo familiar, apoio social, baixo histórico de agressão, menor comorbidade com o uso de substâncias, em especial álcool, e religiosidade subjetiva (considerar-se religioso).

A avaliação dos artigos com melhor pontuação, considerando os critérios do STROBE, corrobora os resultados na amostra geral. Onde a maioria dos artigos foram publicados nos EUA (correspondendo a 75% dos 16 estudos), com a especialidade do periódico sendo a Psiquiatria em 56,3% (09 artigos), com desenho de estudo Transversal em 56,3% (09 artigos), somente 06 estudos fizeram análise de vieses de seleção ou aferição. Para as características do comportamento suicida, oito artigos utilizaram instrumentos padronizados (50,4%), o comportamento suicida identificado na maior parte dos estudos foi a combinação de “Plano, ideação ou pensamento suicida” e “Tentativa de suicídio”. Quanto às características relacionadas à religiosidade, 93,8% dos estudos (15 artigos) não fizeram uso de nenhum instrumento para avaliar esta variável. As modalidades de religiosidade mais identificadas foram

“Frequência a cultos” e “Pertencimento a uma denominação religiosa”, com seis e cinco artigos respectivamente (correspondendo a 37,5% e 31,3%). A análise estatística mais utilizada foi Regressão logística com 10 artigos (62,5), medida de associação mais utilizada, OR (Odds ratio) em nove artigos (56,3%).

Para fins de comparação, os resultados do estudo do grupo de artigos com os maiores e menores scores (abaixo de 15 pontos), foram organizados e podem ser encontrados no Quadro 7.

Quadro 7. Comparação do conjunto de artigos avaliados com o STROBE*

VARIÁVEIS	> SCORES N=16	Nº ARTIGOS	%	< SCORES N=10	Nº ARTIGOS	%
PAÍS DE PUBLICAÇÃO	USA	12	75,0	USA	06	60
ANO DE PUBLICAÇÃO	1996 - 2012	16	100	1982 - 2011	10	100
ESPECIALIDADE DO PERÍODICO	Psiquiatria	09	56,3	Psiquiatria	03	30
	Outros	03	18,8	Outros	03	30
	Medicina Interna	02	12,5	Medicina Interna	01	10
	Saúde Pública	01	6,3	Saúde Pública	--	--
	Suicidologia	01	6,3	Suicidologia	01	10
	Psicologia	--	--	Psicologia	02	20
DESENHO DE ESTUDO	Transversal	09	56,3	Transversal	07	70
	Caso-controle	05	31,3	Caso-controle	--	--
	Ecológico	01	6,6	Ecológico	03	30
	Coorte	01	6,3	Coorte	--	--
ANÁLISE DE VIÉS SELEÇÃO - AFERIÇÃO	Sim	06	37,5	Sim	--	--
	Não	10	62,5	Não	10	100
SEXO (amostra)	Feminino	06	37,5	Feminino	04	40
	Masculino	02	12,5	Masculino	02	20
	Não Indicado	08	50,1	Não indicado	04	40
BASE DE ESTUDO	Comunidade	06	37,5	Comunidade	05	50
	Outros	06	37,5	Outros	04	40
	Ambulatório	02	12,5	Ambulatório	--	--
	Hospital	01	6,3	Hospital	01	10

	Não Indicado	01	6,3	Não Indicado	--	--
INSTRUMENTO PARA COMP. SUICIDA	Instrumentos padronizados	08	50,4	Instrumentos padronizados	07	70
	Instrumentos não padronizados	04	25,1	Instrumento não padronizado	01	10
VALIDADE DO INSTRUMENTO	Não	15	93,8	Não	08	80
	Sim	01	6,3	Sim	02	20
CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO	Não	14	87,5	Não indicado	09	90
	Sim	02	12,5	Sim	01	10
TIPO COMPORTAMENTO SUICIDA	Plano, ideação ou pensamento suicida + Tentativa	09	56,3	Plano, ideação ou pensamento + Tentativa	03	30
	Plano, ideação ou pensamento	03	18,8	Plano, ideação ou pensamento	03	30
	Suicídio	02	12,5	Suicídio	04	40
	Tentativa suicídio	01	6,3	Tentativa suicídio	--	--
	Tentativa suicídio + suicídio	01	6,3	Tentativa suicídio + suicídio	--	--
TIPO SUICÍDIO	Não indicado	15	93,8	Não indicado	09	90
	Outros	01	6,3	Outros	--	--
	--	--		Enforcamento	01	10
INSTRUMENTO PARA RELIGIOSIDADE	Não utilizado	15	93,8	Não utilizado	09	90

	SWBS – Spiritual Well Being	01	6,3	Construído pela equipe	01	10
RELIGIOSIDADE (modalidade)	Frequência a cultos	06	37,5	Frequência a cultos	01	10
	Pertencimento a à denominação religiosa	05	31,3	Pertencimento a à denominação religiosa	04	40
	Outros	03	18,8	Outros	04	40
	Combinação de mais de uma modalidade	02	12,5	Combinação de mais de uma modalidade	01	10
ANÁLISE ESTATÍSTICA	Regressão Logística	10	62,5	Regressão Logística	03	30
	Regressão Multivarida	01	6,3	Regressão múltipla	02	20
	Anova, Teste T, Pearson e Qui-quadrado	01	6,3	--	--	--
	Bivariadas	01	6,3	Bivariadas	05	50
	Pearson + Regressão Linear Múltipla	01	6,3	--	--	--
	Regressão Linear Múltipla + Pearson	01	6,3	--	--	--

	Univariada	01	6,3	--	--	--
MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO	OR (Odds ratio)	09	56,3	OR (Odds ratio)	02	20
	OR + Qui-quadrado	03	18,8	OR + Qui-quadrado	01	10
	Qui-quadrado	02	12,5	Qui-quadrado	01	10
	Pearson	01	6,3	Pearson	03	30
	Teste F	01	6,3	Qui-quadrado + Teste F	01	10
				Teste T	02	20
LIMITAÇÕES do ESTUDO	Sim	15	93,8	Sim	04	40
	Não	01	6,3	Não	06	60
INSTRUM. PADRONIZADO RELIGIOSIDADE	Sim	01	6,3	Sim	--	--
	Não Indicado	15	93,8	Não	09	90
INSTRUM. PADRONIZADO COMP. SUICIDA	Sim	08	50,0	Sim	07	70
	Não	04	25,0	Não	--	--
	Não Indicado	04	25,0	Não Indicado	02	20
ASSOCIAÇÃO	Negativa	14	87,5	Negativa	07	70
	Positiva	01	6,3	Positiva	02	20
	Sem associação	01	6,3	Sem associação	01	10

*Estes resultados são relativos à avaliação feita com o STROBE para os artigos com scores entre 21 a 18 (maiores scores), onde 16 (dezesesseis artigos) alcançaram esta pontuação e, os que obtiveram scores iguais ou menores de 15 (10 artigos se encaixaram nesse intervalo).

Discussão

O fato de terem sido selecionados 59 (41,55%) dos 142 artigos localizados nos remete a algumas possíveis limitações deste estudo: (a) a dificuldade de se estabelecer de forma objetiva o conceito de religiosidade e, conseqüentemente a dificuldade de mensuração deste conceito, fez com que variadas formas de compreensão do termo pudessem ser incluídas no resultado da busca; (b) a dificuldade de mensuração do comportamento suicida, também, se apresenta como um possível obstáculo na identificação estrita da associação que buscávamos. Muitos artigos encontrados tratavam do tema de forma descritiva, sobre uma possível associação negativa entre as variáveis.

Quanto à distribuição temporal da publicação dos artigos analisados neste trabalho, percebemos um aumento no número de publicações a partir do ano de 2004 evoluindo com certa oscilação e culminando com maior volume de publicações sobre o assunto no ano de 2011, o que pode sugerir que melhores estratégias para avaliação dessa associação estejam sendo desenvolvidas e, que o estudo do tema venha se tornando de maior interesse entre os grupos de pesquisas.

Quanto às características metodológicas dos estudos incluídos, aproximadamente a metade, apresenta desenho transversal, o que pode indicar a dificuldade de se conduzir estudos observacionais prospectivos sobre o tema, considerando as dificuldades já antes relacionadas com relação à avaliação tanto da exposição como do desfecho em questão.

Poucos artigos apresentam considerações sobre aspectos metodológicos importantes dos estudos, tais como a possibilidade de ocorrência de vieses tanto de seleção como de aferição. Estratégias para a minimização dos mesmos foram relatadas em cinco artigos do conjunto de oito que fizeram essa menção, o que inviabiliza uma discussão sobre as fontes potenciais de vieses. Já em relação às variáveis de confusão, 10 artigos consideraram sua ocorrência, identificando-as, em sua maioria, como variáveis sócio-demográficas (relacionando um conjunto de variáveis indicativas da interação do indivíduo com seu contexto sócio-ambiental) e apresentaram suas estratégias para minimizá-las, em geral através de regressão

logística. Este montante ainda é pequeno, considerando o nosso universo amostral, para que maiores discussões possam ser desenvolvidas.

A avaliação da religiosidade apresenta dificuldades inerentes à sua natureza subjetiva, como já antes referida neste artigo, e pode ser corroborada com os resultados aqui obtidos. A religiosidade, para fins de estudo, foi definida por uma gama variada de conceitos tais como: o pertencimento a uma denominação religiosa, frequência a cultos, a combinação de mais de uma modalidade, além de formas variadas de conceituação. Essa dificuldade de conceituação pode ter sido aumentada à medida que, mais de 3/4 dos estudos avaliaram a religiosidade através de perguntas simples, direcionadas aos indivíduos de suas amostras, sobre sentimentos de religiosidade tais como se sentir uma pessoa religiosa ou não. Assim, os estudos que utilizaram instrumentos padronizados para avaliar a variável exposição e, portanto, que poderiam oferecer uma conceituação mais precisa do termo não corresponderam a 1/4 de nossa amostra. Entre os instrumentos utilizados, o mais comum foi o SWBS (Spiritual Well-being Scale) presente em quatro artigos, seguido pelo MMRI (Multidimensional Measure of Religious Involvement) identificado em dois artigos. As equipes de estudo que construíram seus instrumentos de avaliação, não relataram a estimativa da validade ou da confiabilidade desses instrumentos, significando a pouca preocupação com dois aspectos metodológicos fundamentais para o conhecimento da dimensão epidemiológica dos estudos.

Quanto ao comportamento suicida, este foi descrito dentro do *continuum* de comportamentos já considerado pela OMS, e as etapas mais identificadas nos estudos encontrados, foi uma combinação entre plano, ideação ou pensamento suicida e tentativa de suicídio; seguido pelo suicídio propriamente dito, este identificado através da entrevista com familiares e pessoas próximas às vítimas. Os principais métodos utilizados pelos indivíduos que apresentaram comportamento suicida foram envenenamento ou overdose (com a utilização de agrotóxicos ou outros venenos, e medicação psicotrópica ou analgésica respectivamente), o que pode denunciar o baixo controle pelo estado sobre venda e consumo destes; além de estrangulamento e arma de fogo, este último método em geral utilizado por homens, corroborando a preferência por métodos com alto potencial letal pelo sexo

masculino. A identificação dos métodos utilizados para a realização da tentativa de suicídio/ suicídio de forma mais sistemática nos estudos, seria de grande importância para a avaliação e desenvolvimento de estratégias de prevenção, porém esta é uma questão a ser ainda melhor incorporada pelos pesquisadores.

No que se refere ainda à avaliação do comportamento suicida, o instrumento padronizado mais utilizado foi o SIS (Suicidal Intent Scale) em sete estudos, seguido pela Autópsia Psicológica em seis estudos. Foram também relacionados como instrumentos para a identificação do comportamento suicida, manuais internacionais de diagnósticos tais como DSM III – R, e DSM IV, CID 9, CID 10 e CIDI. A avaliação da validade dos instrumentos foi considerada em 11,9% dos estudos (sete artigos) e a confiabilidade dos instrumentos utilizados foi considerada em 8,5% (correspondente a cinco artigos selecionados). Algumas equipes de pesquisa construíram seus próprios instrumentos, totalizando 20,34% dos estudos identificados, porém, a avaliação da validade ou da confiabilidade destes instrumentos não foi apresentada. A mesma ausência foi percebida com relação aos instrumentos construídos para avaliação da variável religiosidade. A falta de conceitos mais homogêneos que definam tanto a religiosidade como o comportamento suicida pode acarretar o comprometimento dos resultados à medida que, a inconsistência das definições do constructo a ser estudado, pode enviesar as estimativas da associação entre as variáveis. A título de exemplo, a medição da religiosidade feita, considerando somente o relato do pertencimento a uma denominação religiosa (pelo indivíduo estudado), pode não ser tão fidedigna quanto uma medição feita através de instrumento específico para este fim. Instrumento este, que pondera aspectos outros que incluem além do pertencimento a uma denominação religiosa, outras condições que seriam consideradas em um indivíduo que se sinta possuidor de uma religiosidade.

Os resultados encontrados, a partir da análise dos artigos mais bem pontuados e dos com pontuação inferior, segundo os critérios do STROBE, não diferem dos resultados gerais que foram encontrados com a análise de nossa amostra total (59 artigos), referentes a esta revisão sistemática. A associação encontrada predominantemente, em ambos os estudos, foi a negativa, e uma

possível exclusão dos artigos com menor pontuação, segundo os critérios acima, não modificaria os achados.

Não foram encontrados estudos relacionados à associação entre formas não tradicionais de religiosidade, tais como seitas e outras formas de manifestação da espiritualidade, e o comportamento suicida. Embora grande parte dos estudos apresente a religiosidade como um fator de proteção, conseguimos identificar em nossa amostra, assim como na amostra dos artigos pontuados através do STROBE, estudos que apresentaram em seus resultados a associação positiva entre religiosidade e comportamento suicida. No entanto, esta associação é encontrada em situações muito específicas, relacionadas ao contexto no qual o indivíduo está inserido (como estilos de coping religioso; exposição a ambiente intolerante à sua religiosidade; pertencer a religiões nas quais o conceito de morte é aceito como uma possibilidade para a resolução de problemas e, diferenças de gênero associadas a fatores sócio demográficos). Podemos especular a ocorrência de viés de publicação, considerando que o número encontrado de estudos dessa natureza foi limitado.

Entre os artigos estudados, 21 deles (35,6%) sugeriram estratégias para a prevenção do comportamento suicida. Estas estratégias incluem o fortalecimento dos laços familiares, em especial o núcleo familiar; maior observação, em caso de pacientes hospitalizados a sintomas depressivos, incluindo pacientes idosos, gestantes de alto risco e, pacientes portadores de dores crônicas e patologias limitantes; trabalho conjunto de líderes religiosos e profissionais de saúde nos espaços de religiosidade, com o objetivo de ressaltar a importância da saúde mental e fomentar nos participantes a integração em práticas religiosas públicas. Dos estudos selecionados para esta revisão, 76,3% (equivalente a 45 artigos) apresentaram as suas limitações, considerando, inclusive, a dificuldade de avaliação das variáveis de exposição e de desfecho.

Considerações finais

Os achados desta pesquisa demonstram que os estudos conduzidos para avaliação da religiosidade e do comportamento suicida, esbarram na dificuldade de estabelecer um conceito único para a medição desses constructos. Este fato traz à tona o desafio da construção de estratégias, técnicas e instrumentos que possam melhor mensurar a gama de possibilidades de interpretações contidas em um determinante social tão estudado na atualidade, no que se refere à sua interação com a saúde das populações e, em particular, de sua associação a um desfecho que traz em si grande estigma social e religioso, como é o caso do comportamento suicida. No que se refere à religiosidade, seu caráter conceitual subjetivo interpõe desafios ainda maiores à sua medição, pois existe o risco de não se ponderar a dimensão simbólica que lhe é intrínseca, além do seu caráter sócio histórico. Quanto ao comportamento suicida, sua mensuração também apresenta dificuldades, tanto no que se refere à sua conceituação, quanto à possibilidade da ocorrência de vieses, em especial de memória, considerando que por ser um constructo que traz em si uma grande mobilização emocional, pode influenciar as respostas emitidas por parte dos indivíduos que o desenvolve e, por parte dos que estão próximos às vítimas (os resultados relatados para comportamento suicida na modalidade plano, ideação ou pensamento suicida e, na modalidade tentativa de suicídio, podem também apresentar resultados enviesados considerando o peso dos dogmas e preceitos religiosos dos indivíduos estudados).

A realização de estudos de coorte (prospectivos), nos diversos contextos religiosos pode ser de grande importância para a avaliação da associação entre religiosidade e o comportamento suicida, considerando que a avaliação ao longo do período ofereceria uma maior plataforma para conclusões e possibilitaria uma percepção mais detalhada do contexto sócio-histórico no qual esta relação ocorre. Assim como estudos desenvolvidos para avaliar esta associação em contextos religiosos não tradicionais, ofereceriam um panorama mais completo sobre o tema.

Faz-se necessário, contudo, o desenvolvimento de táticas que possam abarcar a real dimensão do constructo religiosidade, possibilitando assim o acesso a medições mais fidedignas. A utilização de instrumentos padronizados já validados,

além da criação de outros, desenvolvidos dentro de rigorosos padrões metodológicos, pode oferecer aos pesquisadores um caminho mais fértil para a obtenção de resultados mais confiáveis. Há de se considerar o caráter subjetivo dessa variável, no entanto, este não pode ser impeditivo para o aperfeiçoamento das técnicas de mensuração para este constructo, correndo-se o risco de não mais avançarmos neste tipo de investigação.

A estruturação dos sistemas de saúde de forma a estabelecer técnicas e métodos, para um sistema de rastreamento do comportamento suicida, como por exemplo, a notificação compulsória ou equivalente, objetivando as motivações, o método utilizado, entre outras informações, poderia oferecer aos pesquisadores do tema, e profissionais de saúde, elementos para a melhor estruturação das formas de atendimento e, posterior acompanhamento deste paciente. Assim como, a realização de estudos que desenvolvam o conhecimento sobre a atual dimensão epidemiológica do comportamento suicida, é de grande importância caso considere de forma mais rigorosa os aspectos metodológicos e, apresente a possibilidade da ocorrência de vieses e de variáveis de confusão. O relato desses aspectos, além de oferecer maior pertinência ao estudo realizado, poderá proporcionar uma visão ampliada de outros fatores que podem estar presentes no desenvolvimento deste desfecho, auxiliando assim, a construção de estratégias para a promoção de práticas de prevenção, nos mais variados contextos sociais.

Referências

- ALLPORT, G W. Behavioral Science, religion and Mental Health. In Belgium, D. (ed.) *Religion and Medicine*. Ames, Iowa, Iowa State University Press. 1967.
- BERTOLETE, J M; FLEICHMANN, A. A global perspective on the magnitude of suicide, In: Wasserman D. e Wasserman C. (eds.): *Oxford textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press. 2009.
- BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas. São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol. (25), n.12, p. 2632-2638, 2009.
- BRASIL – Ministério da Saúde. Informações de Saúde – Estatísticas Vitais. (2006). *Sistema de Informações sobre Mortalidade/MS/SUS/DASIS*. [On line]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def> Acessado em 25/01/2013 às 13:23h.
- CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Bras. Psiquiatria*, vol.31 (Sup 1: 518-25), 2009.
- CHALMERS, I.; ALTMAN, D. *Systematics Reviews*. London: BMJ Publishing Group. 1995.
- COOK, D. J; MULROW, C. D.; HAYNES, B. Synthesis of the best evidence for clinical decisions. In Synthesis of best evidence for health care decisions. *American college of phisicians*. Cap.1: 5 – 12, 1998.
- DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.28(3):177-8, 2006.
- DALGALARRONDO, P. *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.
- DESLANDES, S F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “Prevenção hora dessas?”. *Cadernos de Saúde Coletiva*, vol. 4(1), p.81-94; 1999.

DURKHEIM, E. O Suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* vol.(33): 159-174, 1977.

LOTUFO NETO, F. L. Psiquiatria e Religião – a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. Tese de Livre-docência. São Paulo: USP, 1997.

LOVISI, G M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 a. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.31 (Supl.II):S86-93, 2006.

NOCK, M K et al. Suicide and suicide behavior. *Epidemiologic Reviews*, vol.(30), p.133–154, 2008.

WERLANG, B.G.; BOTEGA, J. N. e col. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Prevenção ao Suicídio. Disponível em: <http://www.emro.who.int/media/news/suicide-prevention-day2012.html> Acessado em 25/01/2012 às 11:51 h.

6 CONCLUSÃO

Os artigos selecionados, para esta revisão sistemática, reforçaram a hipótese de que o envolvimento religioso seja ele em qual nível for (sentir-se pertencente à determinada religião, frequentar cultos, crer em alguma divindade), diminui a probabilidade dos indivíduos desenvolverem as etapas que compõem o comportamento suicida. As primeiras etapas deste comportamento tais como plano ideação ou pensamento suicida, podem ser minimizadas se forem brevemente identificadas. A religiosidade e a participação comunitária em ambientes religiosos podem, como apresentado na maior parte dos estudos encontrados, diminuir atitudes de isolamento social, sentimentos de maior desesperança frente às adversidades que a vida impõe e, a piora das condições de saúde, tanto física quanto mental.

Para a construção de novos estudos, algumas questões deveriam ser consideradas, tais como a forma de mensuração da variável religiosidade, que na maioria dos estudos de nossa amostra, não utilizaram instrumentos; o pouco rigor metodológico em alguns estudos; a ausência de estudos em populações não tradicionais tais como comunidades indígenas (aborígenes ou outras), religiões de matrizes africanas e variadas seitas religiosas; a ausência da descrição dos métodos utilizados para a tentativa de suicídio e o suicídio exitoso,

A atenção a estas questões permitiria um melhor delineamento da amplitude epidemiológica da relação entre variáveis subjetivas como a religiosidade e comportamento suicida, mesmo considerando a aridez do campo de estudo, podendo ter grande relevância para a criação de políticas específicas de prevenção.

REFERÊNCIAS

- ALI, A. & MAHARAJH, H.D. Social predictors of suicidal behaviour in adolescents in Trinidad and Tobago. *Soc. Psychiatry and Psychiatric Epidemiol*, vol. 40(3), p. 186-91, 2005.
- ALLPORT, G W. Behavioral Science, religion and Mental Health. In Belgium, D. (ed.) *Religion and Medicine*. Ames, Iowa, Iowa State University Press. 1967.
- ALMASI, K.; BELSO, N.; KAPUR, et al. Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry*, Vol. 9, pp. 45, 2009.
- ALMEIDA, A.M.; NETO, F L. Religiosity and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol. 28(3), p.242-50, 2006 .
- ANGLIN, DEIDRE M.; GABRIEL, K.O.S.K.N.J. Suicide Acceptability and Religious Well-Being: A Comparative Analysis in African American Suicide Attempters and Non-Attempters. *Journal of Psychology and Theology*, vol. 33(2), p. 140-150, 2005.
- BEAUTRAIS, A.L.; JOYCE, P.R. & MULDER, R.T. Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 32(3), p. 349-357, 1998.
- BENUTE, G.R.G. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online], vol. 57, n.5, p. 583-587, 2011.
- BERGER, P. L. O Dossel Sagrado – Elementos para uma teoria sociológica da religião. São Paulo: Paulus, 1985.
- BERTOLETE, J. M.; FLEICHMANN, A. A global perspective on the magnitude of suicide, In: Wasserman D e Wasserman C. (eds.): *Oxford textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press. 2009.
- BERTOLETE, J. M. et al. Detecting suicide risk at psychiatric emergency services. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [online]. 2010, vol.32, suppl.2, p. S87-S95., 2010 .
- BEZERRA FILHO, J.G.; WERNECK, G.L.; ALMEIDA, R.L.F. D.; OLIVEIRA, M.I.V. D. & MAGALHÃES, F.B. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad. Saúde Pública* [online] vol.(28), n.5, p. 833-844, 2012.
- BLUM, R.W.; HALCÓN, L.; BEUHRING, T.; PATE, E.; CAMPBELL-FORRESTER, S. & VENEMA, A. Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. *American Journal of Public Health*, vol. 93(3), p. 456-460, 2003.
- BOTEGA, N. J. (org.). *Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

- BOTEGA, N. J. et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.27, n.1, p. 45-53, 2005.
- BOTEGA, N. J. et al. *Prevenção do comportamento suicida*. Psico., Porto Alegre, v.37, n.3, p.213-220, 2006.
- BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas. São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.25, n.12, p. 2632-2638, 2009.
- BOTEGA, N. J.; BERTOLOTE, JM, Heten, LA. Prevenção do suicídio in *Debates Psiquiatria Hoje*. ABP Ano 2, nº. 1. Jan/Fev. 2010.
- BREAULT, K.D.; BARKEY, K. A comparative analysis of Durkheim's theory of egoistic suicide. *The Sociological Quarterly*, vol. 23(3), p.321-331, 1982.
- CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E L M. Auto destruição humana. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol.10 (Supl. 1) p.61-73,1994.
- CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: Werlang BSG, Botega NJ. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol.31 (Sup 1: 518-25), 2009.
- CHAN, L.F.; MANIAM, T. & SHAMSUL, A.S. Suicide attempts among depressed inpatients with depressive disorder in a Malaysian sample. Psychosocial and clinical risk factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.*, vol. 32(5), pp. 283-287, 2011.
- CLARKE, C.S.; BANNON, F.J. & DENIHAN, A. Suicide and religiosity--Masaryk's theory revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 38(9), p. 502-506, 2003.
- COHEN, CARL I.; COLEMON, Y.Y.R.C.G.J. Racial differences in Suicidality in an older urban population. *The Gerontologist*, vol. 48(1), p.71-78, 2008.
- COLOCCI, E. B.; MARTIN, G. Religion and Spirituality Along the Suicidal Path. *Suicide Life Threat Behav*. Apr; vol 38 (2): 229-44. 2008.
- COSTA BRITO, E. J.; GORGULHO, G.S. (org.) *Religião ano 2000*. São Paulo: Edições Loyola, 1998.
- DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*; vol. (34), Supl,1; 23-25, 2007.
- DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.28(3), p.177-8, 2006.

DALGALARRONDO, P. *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

DERVIC, K.; CARBALLO, J.J.; BACA-GARCIA, E.; GALFALVY, H.C.; MANN, J.J.; BRENT, D.A. & OQUENDO, M.A. Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 72(10), p. 1390-1396, 2011.

DERVIC, K.; OQUENDO, M.A.; GRUNEBAUM, M.F.; ELLIS, S.; BURKE, A.K. & MANN, J.J. Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, vol. 161(12), p. 2303-2308, 2004.

DESLANDES, S F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "Prevenção hora dessas?". *Cadernos de Saúde Coletiva*, vol. 4 (1), p.81-94, 1999.

DUBERSTEIN, P.R.; CONWELL, Y.; CONNER, K.R.; EBERLY, S.; EVINGER, J.S. & CAINE, E.D. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine*, vol. 34(7), p. 1331-1337, 2004.

DURKHEIM, E. *O Suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

EIZADI-MOOD, N.; AKUCHEKIAN, S.; SABZGHABAEI, A.M.; FARZAD, G. & HESSAMI, N. General Health Status in a Cohort of Iranian Patients with Intentional Self-poisoning: A Preventive Approach. *International Journal of Preventive Medicine*, vol. 3(1), p. 36-41, 2012.

ELM, E von.; et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Bulletin of the World Health Organization* 2007, 85:867-872.

ESKIN, M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39(7), p. 536-542, 2004.

ESKIN, MEHMET; VORACEK, M.S.S.A.V. A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 46(9), p. 813-823, 2011.

FARIA, N M X. et al. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (12): 2611-2621, dez, 2006.

GARFINKEL, BARRY D.; FROESE, A.H.J. Suicide attempts in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 139(10), p.1257-1261, 1982.

GOLDNEY, R.D. Suicide Prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. vol. 26(3), p.128–140. 2005.

HILTON, S.C.; FELLINGHAM, G.W. & LYON, J.L. Suicide rates and religious commitment in young adult males in Utah. *American Journal of Epidemiology*, vol. 155(5), p. 413-419, 2002.

HOVEY, J.D.; HOVEY, J.D. Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. *Psychological Reports*, vol. 85(1), p. 171-177, 1999.

JOHNSON, A.L. Dicionário de sociologia – Guia prático da linguagem sociológica – Zahar, Rio de Janeiro, 1995.

KASLOW, N.J.; PRICE, A.W.; WYCKOFF, S.; BENDER GRALL, M.; SHERRY, A.; YOUNG, S.; SCHOLL, L.; MILLINGTON UPSHAW, V.; RASHID, A.; JACKSON, E.B. & BETHEA, K. Pearson Factors associated with suicidal behavior among African American women and men. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, vol. 10(1), p. 5-22, 2004.

KEBEDE, D. & ALEM, A. Suicide attempts and ideation among adults in Addis Ababa, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Suppl vol. (397), p. 35-39, 1999.

KIRMAYER, L.J.; BOOTHROYD, L.J. & HODGINS, S. Attempted suicide among Inuit youth: psychosocial correlates and implications for prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 43(8), p. 816-822, 1998.

KIRMAYER, L.J.; MALUS, M. & BOOTHROYD, L.J. Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 94(1), p. 8-17, 1996.

KOHN, R.; LEVAV, I.; CHANG, B.; HALPERIN, B. & ZADKA, P. Epidemiology of youth suicide in Israel. *Journal of American Academy of Child & Adolesc Psychiatry*, vol. 36(11), p. 1537-1542, 1997.

KOVES-MASFETY, V.; BOYD, A., HARO J.M.; BRUFFAERTS, R.; VILLAGUT, G., LÉPINE, J.P.; GASQUET, I.; ALONSO, J. High and low suicidality in Europe: a fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *Journal Affective Disorders*, vol. 133(1-2), p.247-256, 2011.

KURIHARA, T.; KATO, M.; REVERGER, R. & TIRTA, I.G.R. Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study. *BMC Public Health*, vol. (9), p.327, 2009.

LESTER, D. Religion, suicide and homicide. *Social Psychiatry*. Vol. 22(2), p. 99-101, 1987.

LESTER, D. Religiosity and personal violence: A regional analysis of suicide and homicide rates. *The Journal of Social Psychology*, vol. 127(6), p. 685-686, 1987.

LEWIS, G; SLOGGETT, A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*, vol. (317), p.1283–6, 1998.

LIZARDI, D.; DERVIC, K.; GRUNEBAUM, M.F.; BURKE, A.K.; MANN, J.J. & OQUENDO, M.A. The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *Journal of Psychiatric Research*, vol. 42(10), p. 815-821, 2008.

LOTUFO NETO, F. Psiquiatria e Religião – a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos. *Tese de Livre-docência*. São Paulo: USP, 1997.

- LOVISI, G M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 a 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009;Vol. 31 (Supl.II):S86-93, 2009.
- MALTA, M. et al. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 44 (3), p.559-65, 2010.
- MANN, J. J. Suicidal prevention strategies – a systematic review. *JAMA*. October. Vol 294 (16). 2005.
- MARÍN-LEON, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível sócio-econômico. *Revista de. Saúde Pública*, vol. 37(3) p.357-63, 2003.
- MARTIN, W.T. Religiosity and United States suicide rates, 1972–1978. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 40(5), p. 1166-1169, 1984.
- MARTINY, C.; DE OLIVEIRA E SILVA, A.C.; NETO, J.P.S. & NARDI, A.E. Factors Associated with risk of suicide in patients with hemodialysis. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 52(5), p. 465-468, 2011.
- MARUŠIČ, A. Suicide mortality in Slovenia: Regional variation. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 19(4), p. 159-166, 1998.
- MARUSIC, A. et al. ¿Pueden explicar la pobreza y el nivel de alfabetización las distintas tasas de suicídio existentes en Europa? *European Journal of Psychiatry*. (Ed. esp.), vol. 16, n.2, pp. 111-116, 2002.
- MENEGEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, vol. 38(6),p.804-10, 2004.
- MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 14(2) 421-429, abr-jun,1998.
- MOLOCK, S.D.; PURI, R.; MATLIN, S. & BARKSDALE, C. Relationship Between Religious Coping and Suicidal Behaviors Among African American Adolescents. *Journal Black Psychology*, vol. 32(3), p. 366-389, 2006.
- MOREIRA, A.; LOTUFO NETO, F. Religião e Comportamento Suicida in *Suicídio: Estudos Fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004 p. 53-60.
- MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (2009). Em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def> . Acesso em 10 de abril de 2012.
- MUÑOZ MORALES; ÉDGAR JHONNY; GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, M.I.; Factores de riesgo asociados al suicidio en nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 39(2), p. 291-312, 2010.
- NAD, S.; MARCINKO, D.; VUKSAN-AEUSA, B.; JAKOVLJEVIĆ, M. & JAKOVLJEVIĆ, G. Spiritual well-being, intrinsic religiosity, and suicidal behavior in predominantly Catholic Croatian war veterans with chronic posttraumatic stress

disorder: a case control study. *The Journal of Nervous Mental Disorders*, vol. 196(1), p. 79-83, 2008.

NEELEMAN, J. LEWIS; G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology Community Health*, vol (53), p.204-210, 1999.

NERI, M C (coord.). Novo mapa das Religiões. Rio de Janeiro: FGV, CPS, 2011. visualizado em: <<http://www.cps.fgv.br/cps/religiao>> acesso em 25/06/2011.

NETO, O. C.; MOREIRA, M. R. De Durkheim, Dolly e outros dinossauros: o museu das grandes novidades. Contribuição ao Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro 14 (2), p.444 – 445. Abr. – Jun. 1998.

NOCK, M K et al. Suicide and suicide behavior. *Epidemiologic Reviews*. 2008 Vol (30) p.133–154, 2008.

NUNES, E. D. O suicídio – reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 14 (1): 7 – 34, jan. – mar., 1998.

O'DONNELL, L.; O'DONNELL, C.; WARDLAW, D.M. & STUEVE, A. Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. *American Journal Community Psychology*, vol. 33(1-2), p. 37-49, 2004.

OZDEL, O.; VARMA, G.; ATESCI, F.C.; OGUZHANOGLU, N.K.; KARADAG, F. & AMUK, T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, vol. 30(2), p. 90-93, 2009.

POLAZAREVSKA, M.; MANCHEVSKA, S.; FILIPOVSKA, A. & GERAZOVA, V. Ten-year Epidemiological study on suicide attempts in Skopje, *Republic of Macedonia*. *Medical Archives*, vol. 65(1), p. 38-41, 2011.

PRANDI, R. O Brasil com axé: candomblé e umbanda no mercado religioso. *Estudos Avançados*. USP - São Paulo, vol.18(52): 223-238, 2004.

PIERUCCI, A. F. Bye bye Brasil: o declínio das religiões tradicionais no Censo de 2000. *Estudos Avançados*, v. 18, n. 52, p.1-12, 2005.

RAMADAM, Z. B. A. Sexualidade, religião e misticismo. *Temas*, v.(52), p.164-172, 1996.

RASIC, D.; ROBINSON, J.A.; BOLTON, J.; BIENVENU, O.J. & SAREEN, J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of Psychiatric Research*, vol. 45(6), p. 848-854, 2011.

RASIC, D.T.; BELIK, S.-L.; ELIAS, B.; KATZ, L.Y.; ENNS, M.; SAREEN, J. & S.C.S.P.T. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, vol. 114(1-3), p. 32-40, 2009.

RASIC, DANIEL; KISELY, S.L.D.B. Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Journal of Affective Disorders*, vol 132(3), p. 389-395, 2011.

ROBINS, A. & FISKE, A. Explaining the relation between religiousness and reduced suicidal behavior: social support rather than specific beliefs. *Suicide Life Threatening Behaviour*, vol. 39(4), p. 386-395, 2009.

SAAD, M.; MEDEIROS, R. Espiritualidade e Saúde. in Einstein: *Educ. Contin. Saúde*. vol.6 (3 Pt 2): 135-6, 2008.

SCHWEITZER, ROBERT; KLAYICH, M.M.J. Suicidal ideation and behaviours among university students in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. vol. 29(3), p. 473-479, 1995.

SIDHARTHA, T. & JENA, S. Suicidal behaviors in adolescents. *Indian Journal Pediatric*, vol. 73(9), p. 783-788, 2006.

SILVA, J. M. Religiões e saúde: experiência da rede nacional de religiões afro-brasileiras e saúde. *Saúde Sociedade*. São Paulo, vol. 16(2): 171-177, 2007.

SISASK, M.; VARNIK, A.; KOLVES, K.; BERTOLOTE, J.M.; BOLHARI, J.; BOTEGA, N.J.; FLEISCHMANN, A.; VIJAYAKUMAR, L. & WASSERMAN, D. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research*, vol. 14(1), p. 44-55, 2010.

SNARR, J.D.; HEYMAN, R.E. & SLEP, A.M.S. Recent suicidal ideation and suicide attempts in a large-scale survey of the U.S. Air Force: prevalences and demographic risk factors. *Suicide Life-Threatening Behaviour*, vol. 40(6), p. 544-552, 2010.

SPENCER, R.J.; RAY, A.; PIRL, W.F. & PRIGERSON, H.G. Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 20(4), p. 327-336, 2012.

TALIAFERRO, L.A.; RIENZO, B.A.; PIGG, JR, R.M.; MILLER, M.D. & DODD, V.J. Spiritual well-being and suicidal ideation among college students. *The Journal of American College Health*, vol. 58(1), p. 83-90, 2009.

TOOLAN, J M. Suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*., vol. 29: 339-344, 1975.

TRAN THI THANH, H.; TRAN, T.N.; JIANG, G.-X.; LEENAARS, A. & WASSERMAN, D. Life time suicidal thoughts in an urban community in Hanoi, Vietnam. *BMC Public Health*, vol. (6), p. 76, 2006.

TSOH, J.; CHIU, H.F.K.; DUBERSTEIN, P.R.; CHAN, S.S.M.; CHI, I.; YIP, P.S.F. & CONWELL, Y. Attempted suicide in elderly Chinese persons: a multi-group, controlled study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 13(7), p. 562-571, 2005.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*. vol. 37(4): 440-5, 2003.

WERLANG, B.G.; BOTEGA, J. N. e col. Comportamento Suicida. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

WERNECK, G. L. et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.(22) n.10, Out, 2006.

WINGATE, L.R.; BOBADILLA, L.; BURNS, A.B.; CUKROWICZ, K.C.; HERNANDEZ, A.; KETTERMAN, R.L.; MINNIX, J.; PETTY, S.; RICHEY, J.A.; SACHS-ERICSSON, N.; STANLEY, S.; WILLIAMS, F.M. & JOINER, JR, T.E. Suicidality in African American men: the roles of southern residence, religiosity, and social support. *Suicide Life Threatening Behaviour*, vol. 35(6), p. 615-629, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Shaping the future. The World Health Report 2003. Geneva: WHO; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multisite Intervention Study on Suicide Behaviour – SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization.

YEN, Y.-C.; YANG, M.-J.; YANG, M.-S.; LUNG, F.-W.; SHIH, C.-H.; HAHN, C.-Y. & LO, H.-Y. Suicidal ideation and associated factors among community-dwelling elders in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 59(4), pp. 365-371, 2005.

YIP, P.S.F. et al. Means restriction for suicide prevention. *The Lancet*. June. vol. 379. 2012.

YOUNG, R.; SWEETING, H. & ELLAWAY, A. Do schools differ in suicide risk? The influence of school and neighbourhood on attempted suicide, suicidal ideation and self-harm among secondary school pupils. *BMC Public Health*, vol. (11), p. 874, 2011.

ZHANG, J.; CONWELL, Y.; ZHOU, L. & JIANG, C. Culture, risk factors and suicide in rural China: a psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 110(6), p. 430-437, 2004.

ZHANG, J.; WIECZOREK, W.; CONWELL, Y.; TU, X.-M.; WU, B.Y.-W.; XIAO, S. & JIA, C. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psychological Medicine*, vol. 40(4), p. 581-589, 2010.

ZHAO, J.; YANG, X., XIAO, R.; ZHANG, X.; AGUILERA, D. & ZHAO, J. Belief system, meaningfulness, and psychopathology associated with suicidality among Chinese college students: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, vol. 12(1), p. 668, 2012.

ANEXO A - Roteiro de Avaliação Qualitativa

Identificação do avaliador:	
I – Identificação do artigo:	
1 – Título do artigo:	nº de ordem:
.....	
.....	
2 – Autores:	
Principal:	
.....	
Titulação:	
.....	
Co-autores:	
.....	
.....	
Local de atuação do autor principal:	
.....	
3 – País e ano de publicação:	
4 – Fonte consultada: <input type="checkbox"/> Medline <input type="checkbox"/> Lilacs <input type="checkbox"/> Scielo <input type="checkbox"/> PsycInfo <input type="checkbox"/> Busca manual de revistas indexadas no Lilacs <input type="checkbox"/> Outros:	
5 – Especialidade principal do periódico:	
<input type="checkbox"/> Saúde Pública Coletiva	<input type="checkbox"/> Psiquiatria
<input type="checkbox"/> Epidemiologia	<input type="checkbox"/> Psicologia
<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Outros:.....
6 – Objetivos da pesquisa:	
.....	
.....	

<p>II – Características Metodológicas do Estudo:</p> <p>7 – Desenho de estudo:</p> <p><input type="checkbox"/> Caso – Controle (Casos:..... Controles:)</p> <p><input type="checkbox"/> Ecológico: <input type="checkbox"/> séries temporais <input type="checkbox"/> múltiplos grupos</p> <p><input type="checkbox"/> Transversal</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>8 – Foram identificadas pelo(s) autor (es) possíveis vieses de seleção e/ou aferição?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar).....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>9 – Foi utilizada alguma estratégia para minimização de possíveis vieses de seleção e/ou aferição?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar).....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>10 – Foram identificadas pelo(s) autor(es) variáveis de confundimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar).....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>11 – Foi utilizada alguma estratégia para controle de variáveis de confundimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar).....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>III – Características Gerais da Amostra:</p> <p>Critérios de seleção da população:</p> <p>12 – Critérios de inclusão dos indivíduos no estudo:</p> <p>.....</p>
<p>13 – Critérios de exclusão dos indivíduos no estudo:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

14 – Tamanho da amostra:.....		
15 – Idade:		() N.I.
16 - O nível de escolaridade da maioria dos indivíduos é indicado?		
() Sim: (especificar)	() Não	() N.I.
17 – A raça da maioria dos indivíduos é indicada?		
() Sim: (especificar)	() Não	() N.I.
18 – Sexo:		
() Masculino:%	() Feminino:%	() N.I.
19 – Período de realização do estudo:		
Início: (mês/ ano)	Término: (mês/ ano)	ou Duração: (meses)
20 – País(es):		
Cidade(s):		
21 – Base populacional:		
() Hospital	() Local de trabalho	
() Ambulatório	() Outros: (especificar)	
() Comunidade/ População geral	() N.I.	
22 – A quantidade de não respondentes é indicada?		
() Sim. (especificar).....		
() Não.		
IV – Características da população que apresenta comportamento suicida:		
23 - Foi utilizado algum instrumento para avaliação do comportamento suicida?		
() Sim. (especifique)		
() Não.		() N.I.
Caso a resposta ao item 23 tenha sido Sim, responda o item 23.1:		
2 3.1 – O instrumento utilizado:		
() Instrumento padronizado		
() Instrumento construído pela equipe do estudo.		
Caso tenha sido instrumento padronizado, responda aos itens 22.2 e 22.3:		

<p>23 .2 – Foi utilizada alguma estratégia para avaliar a validade do instrumento citado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>23 .3 – Foi utilizada alguma estratégia par avaliar a confiabilidade do instrumento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar).....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>24 – Comportamento suicida indicado:</p> <p><input type="checkbox"/> Plano, ideação ou pensamento suicida</p> <p><input type="checkbox"/> Ameaça ou gesto suicida</p> <p><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio</p> <p><input type="checkbox"/> Suicídio propriamente dito</p> <p><input type="checkbox"/> Outros:.....</p> <p><input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>25 – Quais as variáveis utilizadas?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Caso a tentativa de suicídio (ou ideação ou gesto suicida) tenha sido definida como variável responda aos itens 24.1 e 24.2:</p>
<p>25.1 – Como foram quantificadas as tentativas de suicídio (ideação ou gesto suicida):</p> <p>Durante o último mês? <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Durante o último ano? <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Durante a vida? <input type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não quantificadas</p>
<p>25.2 – Em caso de tentativa de suicídio foi necessária alguma intervenção médica posterior?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>Caso a resposta tenha sido Sim:</p>

<p>Qual o tipo de intervenção?</p> <p><input type="checkbox"/> Atendimento clínico</p> <p><input type="checkbox"/> Atendimento em pronto-socorro</p> <p><input type="checkbox"/> Internação em unidade de saúde</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: (especificar):</p>
<p>25.3 – Em caso de tentativa de suicídio/ suicídio propriamente dito, qual a forma utilizada?</p> <p><input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar alto</p> <p><input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Imolação</p> <p><input type="checkbox"/> Estrangulamento <input type="checkbox"/> Outro:.....</p> <p><input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>26 – Análise (s) estatística(s) utilizada(s):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>V – Religiosidade:</p> <p>27 - Foi utilizado algum instrumento para avaliação da religiosidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especifique).....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>Caso a resposta ao item 26 tenha sido Sim, responda o item 27.1:</p>
<p>27.1 – O instrumento utilizado era:</p> <p><input type="checkbox"/> Instrumento padronizado</p> <p><input type="checkbox"/> Instrumento construído pela equipe do estudo.</p>
<p>Caso tenha sido instrumento padronizado, responda aos itens 27.2 e 27.3:</p>
<p>27.2 – Foi utilizada alguma estratégia para avaliar a validade do instrumento citado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar).....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>27.3 – Foi utilizada alguma estratégia par avaliar a confiabilidade do instrumento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar).....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>

<p>28 - Quais as variáveis utilizadas?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>29 – Como foi definida Religiosidade:</p> <p><input type="checkbox"/> Crença em uma divindade</p> <p><input type="checkbox"/> Pertencimento a uma denominação religiosa</p> <p><input type="checkbox"/> Frequência a cultos</p> <p><input type="checkbox"/> Outros:</p> <p>(especifique).....</p> <p><input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>30 – Análises (s) estatísticas(s) utilizada(s) foram</p> <p><input type="checkbox"/> Bivariadas (não ajustadas)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuste de modelos</p> <p>Identifique:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>31 – Caso tenha sido relatado, indique:</p> <p><input type="checkbox"/> IC:</p> <p><input type="checkbox"/> P-valor:</p>
<p>32 – Medidas de associação utilizadas:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>VI - Limitações</p> <p>34 – Foram citadas limitações do estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar).....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>
<p>VII - Principais resultados:</p> <p>.....</p>

<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>35 – O artigo será incluído na revisão sistemática?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p><input type="checkbox"/> Não. Motivo:.....</p> <p>.....</p>
<p>36 - Considerações do avaliador:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>37 - Parecer do revisor:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Informações adicionais:</p> <p>Estratégias de promoção à prevenção ao comportamento suicida</p> <p>Os resultados obtidos no estudo sugerem estratégias que visem à promoção de práticas e/ ou políticas de prevenção ao comportamento suicida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. (especificar)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> N.I.</p>

ANEXO B – STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology)

Item	Item number	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any pre-specified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> – Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> – Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> – Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> – For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> – For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/measurement	8 ^a	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> – If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> – If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> – If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13 ^a	(a) Report the numbers of individuals at each stage of the study – e.g. numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up and analyzed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14 ^a	(a) Give characteristics of study participants (e.g. demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate the number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> – Summarize follow-up time (e.g. average and total amount)
Outcome data	15 ^a	<i>Cohort study</i> – Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> – Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> – Report numbers of outcome events or summary measures

Cont. STROBE

Item	Item number	Recommendation
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (e.g. 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done – e.g. analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarize key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalizability	21	Discuss the generalizability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

Fonte: Elm et al. (2007).