



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DE
COMPORTAMENTO**

MILTON ARMANDO TERESA MALAI MOÇAMBIQUE

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO SUICIDA EM USUÁRIOS DE COCAÍNA
E DE ÁLCOOL QUE ACESSAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Porto Alegre

2023

MILTON ARMANDO TERESA MALAI MOÇAMBIQUE

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO SUICIDA EM USUÁRIOS DE COCAÍNA
E DE ÁLCOOL QUE ACESSAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, como requisito final para obtenção do título de Doutor.

Orientador: Professor Dr. Flavio Pechansky
Coorientadora: Professora Dra. Jaqueline Bohrer Schuch

Porto Alegre
2023

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Moçambique, Milton Armando Teresa Malai
PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO SUICIDA EM USUÁRIOS DE
COCAÍNA E DE ALCÓOL QUE ACESSAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE /
Milton Armando Teresa Malai Moçambique. -- 2023.
126 f.
Orientadora: Flávio Pechansky.

Coorientadora: Jaqueline Bohrer Schuch.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. Suicídio. 2. Cocaína. 3. Alcool. 4. Transtorno
por uso de substâncias . 5. Transtornos mentais e
impulsividade. I. Pechansky, Flávio, orient. II.
Bohrer Schuch, Jaqueline, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MILTON ARMANDO TERESA MALAI MOÇAMBIQUE

**PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO SUICIDA EM USUÁRIOS DE COCAÍNA
E DE ÁLCOOL QUE ACESSAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, como requisito final para obtenção do título de Doutor.

Banca examinadora:

Prof. Flavio Penschsky, MD PhD

Orientador

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ives Cavalcante Passos, MD PhD

Relatora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Maria Lidia Gouveia, MD PhD

Universidade Eduardo Mondlane

Profa. Dra. Alexandrina Meleiro, MD PhD

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

À minha querida esposa, Olivia Miguel Chambule Moçambique, esposa dedicada e mulher guerreira, “joia rara” que me tem apoiado em todos os momentos. Agradeço por estares sempre ao meu lado, encorajando-me nos momentos de desespero e angústia. Tua força, amor e vontade de vencer foram o meu escudo nos momentos de aflição. Não conseguirei pagar minha dívida contigo, mas, enquanto Deus me der vida e saúde, te amarei.

Aos meus filhos queridos, Shalom, Lucas e Ágape, por suportarem e perdoado minhas constantes ausências, sempre procurando uma forma de me animar.

Aos meus pais, Antônio Armando Malai Moçambique (falecido) e Teresa Maria Chaincomo, que me colocaram no mundo e souberam educar-me e orientar-me. Tenho-lhes faltado nos últimos anos, porém, estão sempre ao meu lado, dando-me os conselhos necessários para continuar seguindo meus sonhos, dentro dos princípios cristãos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu amor, cuidado, proteção e socorro presente em momentos de angústia e necessidade.

Ao meu sogro, pelo apoio desde a minha formação. Ele foi um grande suporte quando eu não tinha possibilidades de chegar a tempo para as aulas na faculdade. Agradeço o apoio que tem dado à minha família na minha ausência.

Ao meu orientador, Flavio Pechansky, pela competência e dedicação, por ter me oferecido esta oportunidade, por apostar e confiar em mim no desenvolvimento da minha carreira assistencial e científica.

À minha coorientadora, Jaqueline Bohrer, por oferecer-me um importante modelo de como melhorar a escrita científica e por seu apoio incondicional.

Aos professores Felix Kessler e Carla Dalbosco, pela amizade e por estarem sempre ao meu lado, auxiliando-me e aconselhando-me em todos os momentos. Com certeza, este trabalho não seria possível sem sua intensa participação.

Aos professores e colegas do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CEPAD), em especial, à Dra. Lisia Von Diemen, pelo acolhimento, suporte e auxílio.

À Aline Hoffmann, Vinícius S. Roglio e Daniela Benzano, pela cooperação e coautoria dos artigos.

Um agradecimento especial vai para a Dra. Lídia Gouveia, que me encorajou desde o primeiro momento desta trajetória. Seu caráter, sua índole e seu profissionalismo, associados aos seus conhecimentos e experiência, fizeram-me identificar um modelo de psiquiatra que um dia almejo ser.

Agradeço à minha extensa família, por estar sempre ao meu lado e por dar-me força para alcançar meus objetivos.

Aos meus companheiros de oração, Hobed e Maria Luisa, Dinís e Maria Salomé, e Jose Luis e Lucia.

À Dra. Luciana Massinga, pela sua simplicidade, abertura, fácil acesso, preocupação e auxílio em todos os momentos.

Meu agradecimento também à Dra. Wilza Fumo, ao Dr. Flavio Mandlate, ao Dr. Dirceu Mabunda e ao Dr. Vasco Cumbe.

Aos meus colegas do Colégio de Psiquiatria de Moçambique, em especial à Dra. Helena Daniel e ao Dr. Afonso Fumo, pela partilha de lições durante os anos de formação.

Aos professores, Otto Henrique Nienove, Keila Maria Ceresér, Tamires Miranda e Daniel Spritzer pela contribuição e auxílio (no artigo 1 e na tese).

Aos irmãos da Congregação de Bom Fim (Assembleia de Deus): Pr. Gilberto e Elfrida, Evangelista Amauri e Miriam, Diácono Gilberto e Giselda, Presbíteros Décio e Eroni, Claudionor e Zuraida, irmã Julia e filhos, Itamar e Elza e aos demais irmãos em Cristo.

Aos meus irmãos de coração que sempre estiveram ao meu lado, apoiando-me e auxiliando-me: Faquir e Chaida, Lizio e Lizy, Élcio e Erica, Aragão.

Aos professores do Departamento de Psiquiatria e à secretária do Serviço de Psiquiatria, Claudia Grabinski, que sempre me receberam com muito amor e respeito, o meu muito obrigado.

Todos nós vivenciamos emoções de vários tipos e tentamos lidar com elas de maneiras tanto eficazes quanto ineficazes. O verdadeiro problema não é sentir ansiedade, por exemplo, e sim nossa capacidade de reconhecê-la, aceitá-la, usá-la quando possível e continuar a funcionar apesar dela. Leahy; Tirch.

Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço que minha vida é a maior empresa do mundo. E que posso evitar que ela vá à falência.

Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar autor da própria história.

É atravessar desertos fora de si, mas conseguir encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.

Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um “não”. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta. Augusto Cury.

Se te fatigas correndo com homens que vão a pé, como poderás competir com cavalos? Se tão somente numa terra de paz estás confiado, que farás na enchente do Jordão? Jeremias 12:6.

RESUMO

O transtorno por uso de substâncias (TUS) está entre os principais fatores de risco para o comportamento suicida. Especialmente entre usuários de cocaína, a relação com o suicídio parece ser robusta. Estudos realizados no Brasil apontam que os comportamentos suicidas são frequentes em usuários de *crack*, mas os fatores preditores deste comportamento precisam ser mais bem elucidados. A literatura mostra também evidências da associação do uso do álcool com o suicídio, assim como traços de personalidade ansiosa ou impulsiva, histórico de trauma na infância, transtornos mentais e impulsividade. Percebe-se que o desafio-chave da prevenção do suicídio consiste inicialmente em identificar as pessoas em risco que a ele são vulneráveis e entender as circunstâncias que influenciam o seu comportamento autodestrutivo, para, posteriormente, propor ou traçar medidas de prevenção e estruturar intervenções eficazes. Esta tese tem como objetivos: 1) estimar, por meio de uma metanálise, a prevalência da ideação (IS) e da tentativa de suicídio (TS) em usuários de cocaína que procuram os serviços de saúde; 2) calcular a prevalência do comportamento suicida e dos fatores associados em indivíduos com transtorno por uso de álcool que estiveram internados no serviço de adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No primeiro artigo, foram incluídos 20 artigos na revisão sistemática, totalizando 2.252 usuários de cocaína. A prevalência estimada de ideação suicida foi de 43,81% (IC 95% 31,10; 57,38) e de tentativa de suicídio de 27,71% (IC 95% 21,63; 34,73). Uma alta heterogeneidade foi observada entre os estudos, estimada em $I^2 = 95\%$ para ideação suicida e $I^2 = 93\%$ para tentativa de suicídio. A análise de subgrupos para o desfecho *tentativa de suicídio* demonstrou uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$), considerando-se a qualidade dos estudos. A análise revelou uma importante heterogeneidade entre os estudos. Embora, para o desfecho *tentativa de suicídio*, a análise de subgrupos sugira que parte da heterogeneidade pode ser explicada pela qualidade dos estudos, é do nosso conhecimento que outros fatores não contemplados nesta metanálise podem ter uma influência relevante na heterogeneidade. No segundo artigo, a prevalência de TS na vida entre os usuários de álcool foi de 36,6%. Pacientes com maus-tratos na infância (RP = 1,75; IC95% 1,21 – 2,54; $p = 0,003$), com transtorno de personalidade *borderline* (RP = 1,82; IC95% 1,17 – 2,82; $p = 0,008$) e com maiores escores de impulsividade (RP = 1,03; IC95%

1,01 – 1,05; $p = 0,011$) apresentaram maior prevalência de TS na vida. Tais evidências indicam a necessidade de medidas para identificar precocemente estes comportamentos e tratá-los de forma adequada, visto que pacientes com pensamentos, tentativas ou planos têm maior predisposição para efetivação de suicídio, quando comparados a pacientes que nunca tiveram tal comportamento. Estudos demonstraram que a prevalência de tentativa de suicídio é de 20,8 a 34,6% para usuários de cocaína e de 28,3% a 40% para usuários de álcool. Estas prevalências são similares às encontradas neste estudo, apontando que, de fato, os usuários de álcool apresentam elevadas taxas de prevalência de TS. Os dados foram baseados em autorrelato retrospectivo de tentativa de suicídio, e os indivíduos podem subnotificar os dados e ter memória tendenciosa, especialmente por tratar-se de uma amostra de sujeitos com transtorno por uso de álcool.

Palavras-chave: Suicídio. Cocaína. Álcool. Transtorno por uso de substâncias. Trauma na infância. Transtornos mentais e impulsividade.

ABSTRACT

Substance use disorders (SUD) are one of the main risk factors for suicidal behavior, and especially among cocaine users, the relationship with suicide appears to be significant. Studies carried out in Brazil indicate that suicidal behavior is frequent in crack users, but the predictive factors of this behavior require better elucidation. The literature also shows an association between alcohol use and suicide, as well as anxious or impulsive personality traits, a history of childhood trauma, mental disorders and impulsivity. Initially, the key challenges of suicide prevention are thought to be the identification of people at risk who are vulnerable to it, and the understanding of the circumstances that influence their self-destructive behavior, to subsequently propose or outline prevention measures and structure effective interventions. The objective of this thesis is to estimate, through a meta-analysis, the prevalence of suicide ideation (SI) and suicide attempt (SA) in cocaine users who seek health services, and the prevalence of suicidal behavior and associated factors in alcohol users in Álvaro Alvim Unit, in the city of Porto Alegre. The study envisaged the integration of two studies: a systematic review with meta-analysis, and a cross-sectional study in which secondary data from a convenience sample collected at the Addiction Psychiatry Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) were used. In our first paper, 20 articles were included in the systematic review, totalling 2,252 cocaine users. The estimated prevalence of suicidal ideation was 43.81% (CI 95 percent 31.10; 57.38) and suicide attempt was 27.71% (CI 95 percent 21.63; 34.73). High heterogeneity was noticed between studies, estimated at $I^2 = 95\%$ for suicidal ideation and $I^2 = 93\%$ for suicide attempts. The subgroup analysis for the suicide attempt outcome showed a statistically significant difference ($p=0.03$), considering the quality of the studies. The analysis revealed an important heterogeneity between the studies. Although for the suicide attempt outcome, the subgroup analysis suggests that part of the heterogeneity can be explained by the quality of the studies, it is our knowledge that other factors not considered in this meta-analysis might have a relevant influence on the heterogeneity. In the second article, the lifetime prevalence of SA among alcohol users was 36.6%. Patients with childhood maltreatment (PR = 1.75; 95%CI 1.21 – 2.54; $p = 0.003$), with borderline personality disorder (PR = 1.82; 95%CI 1.17 – 2.82; $p = 0.008$) and with higher impulsivity scores (PR = 1.03; 95%CI 1.01 – 1.05; $p = 0.011$) had a higher lifetime prevalence of SA. Such evidence indicates the need for measures to identify

these behaviors early and treat them appropriately since patients with thoughts, attempts or plans are more predisposed to commit suicide when compared to patients who never had such behavior. Studies have shown that the prevalence of suicide attempts ranges from 20.8 to 34.6% for cocaine users and from 28.3% to 40% for alcohol users. These rates are similar to those found in this study, indicating that, alcohol users have high prevalence rates of SA. As data were based on retrospective self-reports of suicide attempts, individuals may have underreported data and there may have been memory bias, especially because the sample consisted of subjects with alcohol use disorder.

Keywords: *Suicide. Cocaine. Alcohol. Substance use disorder. Childhood trauma. Mental disorders and impulsivity.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Taxas de suicídio no mundo	20
Figura 2: Seis passos para o suicídio.....	24
Figura 3: Processo suicida em três etapas e as disfunções cognitivas e neuroanatômicas subjacentes.....	27
Figura 4: Modelo de estresse-diátese para suicídio	29

LISTA DE SIGLAS

ASI	Addiction Severity Index
BIS-11	Barratt Impulsiveness Scale
CPAD	Centro de Pesquisas em Álcool e Drogas
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
GBD	Global Burden of Disease
IS	Ideação Suicida
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MMV	Modelo Motivacional-Volitivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PE	Percepção de encargos
PF	Pertencimento frustrado
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SCID I e II	Structured Clinical Interview for DSM Disorders I e II
SNC	Sistema nervoso central
TAB	Transtorno afetivo bipolar

TDM	Transtorno depressivo maior
TPB	Transtorno de personalidade <i>borderline</i>
TS	Tentativa de suicídio
TUS	Transtorno por uso de substâncias
UAA	Unidade Álvaro Alvim

PREFÁCIO

Moçambique é um país localizado no sudeste do continente africano e banhado pelo Oceano Índico a leste, fazendo fronteira com a Tanzânia ao norte, com Maláwi e Zâmbia a noroeste, com Zimbábue a oeste e com Essuatíni e África do Sul a sudoeste. A capital e maior cidade do país é Maputo. A única língua oficial de Moçambique é o português, falado principalmente como segunda língua por cerca de metade da população de 30.832.244 habitantes (Censo 2021), composta predominantemente por povos bantos.

Em Moçambique, nota-se ainda uma desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, dificuldades de integração dos serviços de saúde mental nos cuidados primários de saúde, ineficiência na utilização dos serviços e escassez de recursos humanos para fazer face às demandas da Psiquiatria e Saúde Mental. Atualmente, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) conta com uma equipe de profissionais de saúde mental composta por 20 psiquiatras moçambicanos, 394 psicólogos, 23 terapeutas ocupacionais e 346 técnicos de Psiquiatria e Saúde Mental, estes últimos distribuídos por todos os distritos do país (MISAU, 2022).

Os meios de comunicação têm informado a população sobre o crescente consumo e tráfico de drogas ilícitas no país. Dados do Gabinete Central de Prevenção e Combate à Droga indicam que, de 2012 a 2016, foram apreendidos 27.051 Kg de *Cannabis sativa*, vulgo *suruma*¹, seis toneladas de haxixe, mais de 1.000 Kg de efedrina, 553 Kg de heroína. Em 2017, as autoridades apreenderam cerca de oito toneladas de *suruma*, 73,39% das quais na província central da Zambézia (Lambo, Edmilson, 2019).

Moçambique é considerado um corredor de drogas para abastecer o exterior, sobretudo a África do Sul e países da Europa. A Lei n.º 3/97, de 13 de março, define e estabelece o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e preparados ou outras substâncias de efeitos similares e cria o Gabinete Central de Prevenção e Combate à Droga.

São notórios o crescimento dos problemas relacionados ao uso de substâncias e o aumento de suicídios e de outras demandas psiquiátricas. No entanto, a falta de estudos, a fraca compreensão do fenómeno e a reduzida contribuição científica não

¹ Palavra de uso comum em Moçambique para designar a maconha

forneem argumentos concretos para implementação de políticas na área da saúde mental.

Em face da ausência de evidências sobre os problemas e lacunas na área da saúde mental no SNS, surgiu a necessidade de uma formação qualificada para melhor contribuir com o entendimento dos reais problemas e com sugestões para sua superação. Como Moçambique é membro da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), por meio do benefício dos protocolos de cooperação internacional para o desenvolvimento no campo da cultura, educação, economia, diplomacia e preservação da língua portuguesa, veio a oportunidade de formação com bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

SUMÁRIO

PREFÁCIO	4
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Epidemiologia do suicídio	19
1.2 Modelos teóricos de suicídio.....	21
1.2.1 Teoria psicológica	21
1.2.2 Teoria da fuga	21
1.2.3 Teoria do grito de dor	24
1.2.4 Teoria neurobiológica.....	25
1.2.5 Teoria cognitiva	25
1.2.6 Teoria interpessoal.....	26
1.2.7 Teoria dos três passos	27
1.2.8 Modelo de estresse-diátese	28
2 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO.....	31
2.1 Fatores distais	32
2.2 Fatores desenvolvimentais	33
2.3 Fatores proximais ou precipitantes	34
2.4 Transtorno por uso de álcool e sua relação com o suicídio	35
2.5 Transtorno por uso de cocaína e <i>crack</i> e sua relação com o suicídio	37
3 JUSTIFICATIVA	40
4 OBJETIVOS	41
4.1 Objetivo geral.....	41
4.2 Objetivos específicos	41
5 MÉTODOS	41
5.1 Estudo 1: prevalência de suicídio em usuários de cocaína que acessam os serviços de saúde: uma revisão sistemática e metanálise	42
5.1.2 Diretrizes e estratégia de busca	42

5.1.3 Critérios de elegibilidade	42
5.1.4 Análise estatística	43
5.2 Estudo 2: Prevalencia de tentativa de suicídio na vida e fatores aasociados em usuários de álcool na Unidade Alvaro Alvim.....	44
5.2.1Tipo de amostragem	44
5.2.2 Instrumentos de avaliação	45
5.2.3 Análises estatísticas.....	47
6 RESULTADOS	48
6.1 Artigo 1: Prevalence of suicide in cocaine users ccessing health services: a systematic review and meta-analysis	48
6.2 Artigo 2: Prevalence of lifetime suicide attempts in individuals with alcohol user disorder a hierarchical analysis.....	68
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	73
ANEXO A – Escala de gravidade da dependência.....	85
ANEXO B – Questionário de Informações sociodemográficas.....	102
ANEXO C – Questionário sobre trauma na infÂncia	105
ANEXO D – Escala de Impulsividade de Barrat.....	107
ANEXO E – Material suplementar do artigo 1	109

1 INTRODUÇÃO

1.1 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

O comportamento suicida existe desde os tempos remotos da humanidade. O que mudou foi como este ato vem sendo compreendido ao longo das diferentes épocas, o que se percebe também na atualidade (1). O comportamento suicida compreende uma série de atitudes, que incluem pensamento suicida (ou ideação), tentativa de suicídio e o suicídio em si (2). É definido como todo e qualquer ato por meio do qual um indivíduo causa lesão a si próprio, independentemente do grau de letalidade (3). A ideação suicida (IS) cobre um amplo campo de pensamento, que engloba atitudes, desejos de morrer ou ideia de autodestruição, com ou sem plano de ação, podendo também ser definida como pensamentos passivos sobre desejar estar morto ou pensamentos ativos sobre se matar, não acompanhados de comportamento preparatório (1,4). Entende-se que a tentativa de suicídio é um ato deliberado de causar dano a si mesmo com intenção de morrer, sem resultado fatal, e considerada o maior preditor clínico para futuras tentativas ou morte por suicídio (1,5). Já o suicídio é o ato de tirar a própria vida de maneira intencional e voluntária (6), iniciado por alguém com pleno conhecimento do resultado (4,7).

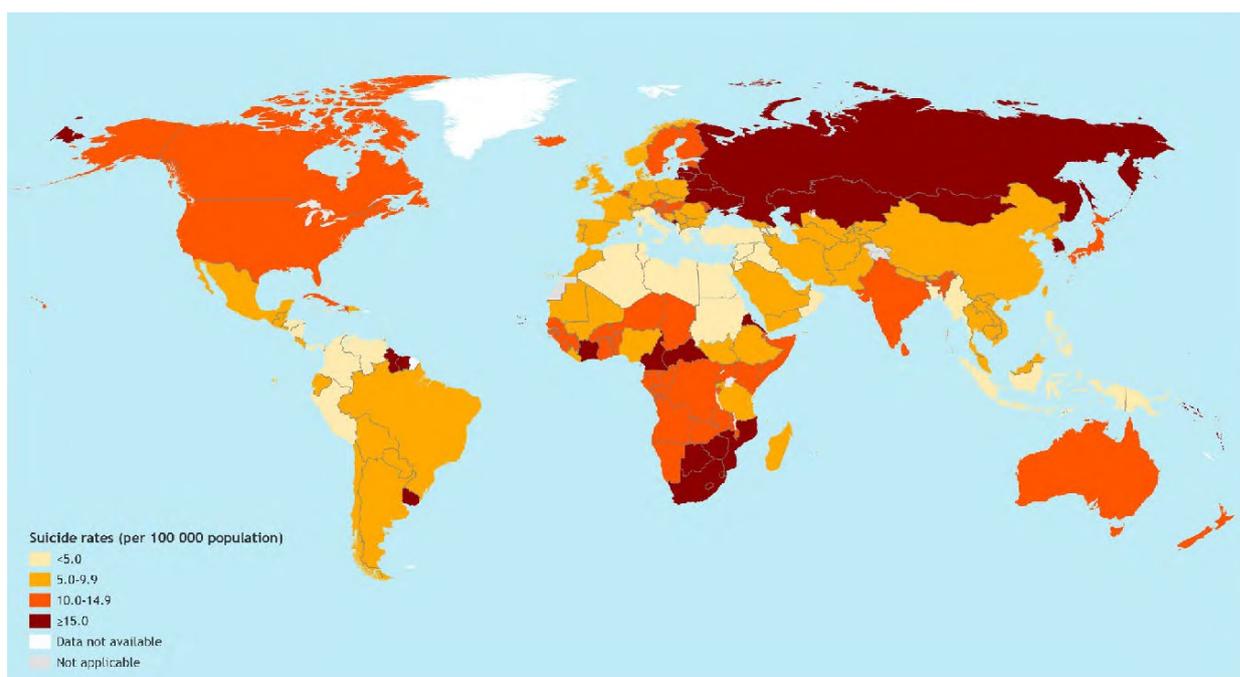
O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo. Setenta e nove por cento dos suicídios ocorrem em países de baixa e média rendas, chegando à marca de 1,4% de todas as mortes em todo o mundo e tendo se tornado a 18ª principal causa de morte no ano de 2016. O suicídio foi responsável por 793.800 mortes em 2017, segundo as estimativas do Global Burden of Disease (GBD) (8). Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano, cerca de 800 mil pessoas tiram a própria vida, ocorrendo ao menos uma morte a cada 40 segundos (9).

A mortalidade por suicídio varia consideravelmente conforme o sexo e a faixa etária nos distintos continentes, países e regiões. Para a faixa etária de 10 a 24 anos, o suicídio é a terceira causa principal. Para as faixas etárias de 25 a 49 e de 50 a 74 anos, o suicídio ocupa, respectivamente, a 11ª e a 31ª posições e não aparece entre as principais causas de morte na faixa etária de 75 anos ou mais (8). Em populações específicas, os números são ainda mais preocupantes, visto que os homens apresentam uma taxa de suicídio de 13,5 por 100.000 habitantes, com uma incidência

1,7 vezes maior do que entre mulheres, exceto para países em desenvolvimento da região do Pacífico Ocidental (9,10). Nos últimos anos, nos EUA, as taxas de suicídio caíram entre homens idosos, mas aumentaram entre homens e mulheres de meia-idade (10). Trata-se de um grave problema de saúde pública, relacionado com diversos comportamentos e quadros clínicos, abrangendo diferentes faixas etárias. Evidências sugerem que políticas públicas de saúde e intervenções de baixo custo podem auxiliar na prevenção do suicídio (11).

Além das diferenças entre o sexo e a idade, há indícios de que as taxas de suicídio variam em diferentes áreas geográficas (12). A taxa global de suicídio padronizada por idade foi de 9,0 por 100.000 habitantes em 2019 (13). Esses números variam entre os países, indo de menos de cinco mortes até mais de 15 mortes por suicídio a cada 100.000 habitantes (Figura 1). Pode-se observar, no entanto, que as taxas de suicídio nas regiões da África (11,2 por 100.000), da Europa (10,5 por 100.000) e do Sudeste Asiático (10,2 per 100.000) foram maiores que a média global (9,0 por 100.000) (13).

Figura 1: Taxas de suicídio no mundo



Fonte: WHO Global Health Estimates (2000-2019).

1.2 MODELOS TEÓRICOS DE SUICÍDIO

Existem muitas teorias a respeito do suicídio — teorias essas que abrangem diversos aspectos biológicos, psicodinâmicos, cognitivo-comportamentais e de desenvolvimento, procurando esclarecer a etiologia do comportamento suicida (9). Esses modelos têm certa sobreposição e complementam-se entre si.

1.2.1 Teoria psicológica

A teoria da dor psicológica foi proposta por Edwin Shneidman em 1988, sendo ele considerado o pai da suicidologia. A teoria sugere que nosso objetivo constante é fazer a prevenção do suicídio, mas que antes deve haver o entendimento do tema (14). Shneidman definiu dez fatores comuns do suicídio:

1. busca de uma solução
2. cessação da consciência
3. intolerável dor psicológica
4. necessidades psicológicas frustradas
5. desesperança e desamparo
6. ambivalência para a vida e a morte
7. constrangimento de alternativas viáveis
8. fuga de vida em si
9. comunicação de intenções
10. padrões disfuncionais de sobrevivência para toda a vida

O pesquisador sugeriu que o suicídio é causado por dor psicológica intensa e por uma dor emocional insuportável, diferente da depressão e da desesperança (15).

1.2.2 Teoria da fuga

O modelo da fuga, baseado nos conceitos de uma teoria estratégica (16), em que o suicídio é visto como fuga, guarda coerência com o modelo da teoria da dor

psicológica. A teoria estratégica foi um passo importante na compreensão do suicídio como uma forma de fuga, mas foi insuficientemente elaborada e excessivamente racionalista para o presente. Na teoria da fuga, sugere-se que o motivo mais comum relatado pelas pessoas que apresentam o comportamento suicida seja escapar de uma situação aversiva e obter uma pausa de um estado insuportável da mente (17). Esta teoria destaca seis passos que levam ao suicídio:

1- FRACASSO, DESENGANO, NÃO CUMPRIMENTO DAS EXPECTATIVAS

A taxa de suicídio é mais alta nos países mais prósperos, em estados dos EUA com mais qualidade de vida, nas sociedades avançadas que defendem as liberdades individuais, nas áreas com melhor clima e nos estudantes que têm boas notas e pais com altas expectativas. A pobreza, por si mesma, por exemplo, não é um fator de risco para o suicídio; porém, passar de uma relativa prosperidade para a pobreza - ou seja, as discrepâncias entre as expectativas e a realidade percebida, aciona o suicídio (quanto maior a subida, maior a queda).

2 - ATRIBUIÇÕES INTERNAS: CULPAR A SI MESMO PELO FRACASSO

Se uma pessoa culpa os fatores externos pelo fracasso, não se suicidará. Baumeister (18) assinala que o maior fator de risco não é a baixa autoestima crônica, e sim a demonização do eu em resposta a uma série de eventos negativos.

3 - UM ESTADO AVERSIVO DE AUTOCONSCIÊNCIA

A pessoa percebe-se como não atraente, incompetente, má e culpável, mas a essência deste estado é a comparação de si mesmo com alguns padrões, que podem ser os da própria pessoa em uma época melhor ou os das pessoas com sucesso em seu entorno. Um dado interessante é que, nos textos das mensagens de suicídio, predomina a primeira pessoa do singular (eu), e raras vezes aparecem os pronomes no plural (nós). Para um suicida, a família e os amigos estão a quilômetros de distância.

4 - UM AFETO NEGATIVO, UM MAL-ESTAR EMOCIONAL

O suicida que percebe que algo não vai bem com ele experimenta ansiedade, depressão, culpa e vergonha. O eu se vê como negativo, surge um grande mal-estar, e o que o sujeito busca é o esquecimento, a perda da consciência. Para isto, só existem três caminhos: as drogas, o sono ou a morte, sendo a última a grande anestesia da natureza, a mais definitiva.

5 - DESCONSTRUÇÃO COGNITIVA

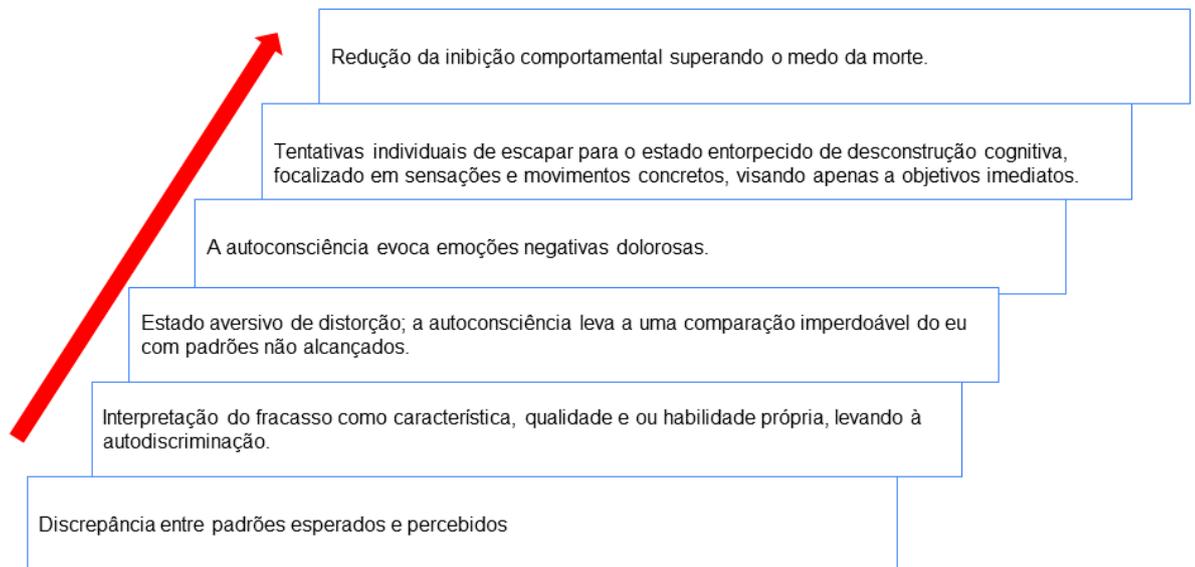
O suicida tenta escapar, fugindo em direção a um estado de adormecimento por meio de desconstrução cognitiva. Rompem-se as coisas cognitivamente em seus elementos básicos. Por exemplo, a perspectiva do tempo do suicida muda, de maneira que o momento presente parece interminável: o presente é doloroso, e, quando, depois de um tempo, o indivíduo olha o relógio, se surpreende porque se passou muito pouco tempo. Também há evidência de que os suicidas não podem pensar bem acerca do futuro. Por isso, ameaçá-los, por exemplo, dizendo que irão para o inferno, não tem muito efeito, pois o futuro não lhes importa. Este estreitamento temporal é, em realidade, um mecanismo defensivo para não pensar nas falhas do passado nem em um futuro sem esperanças. Outro aspecto desta desconstrução cognitiva é o aumento do pensamento concreto. Nas cartas dos suicidas, existem poucas palavras abstratas e sobre pensamentos. Pelo contrário, existem instruções muito concretas, como “não esqueça de alimentar o gato”, e referências a objetos concretos do entorno.

6 - DESINIBIÇÃO

A maioria das pessoas tem uma inibição ou medo de machucar-se. A desconstrução cognitiva, comentada acima, tem como consequência uma desinibição na conduta, e já não se pensa na própria dor, nem nos entes queridos, nem nas outras possibilidades. Também é verdade que, nesta última fase, muitos suicidas recorrem ao álcool ou a outras drogas para favorecer esta desinibição.

Estes são os seis passos. A motivação é escapar do eu, da autoconsciência, atingir o esquecimento. Na fase da desconstrução cognitiva, o sujeito tem distorções cognitivas e crenças irracionais. A fantasia mais extrema é a de escapar do eu, convertendo-se em outra pessoa. Se perguntarmos aos suicidas se eles gostariam de ser outra pessoa, 20% deles respondem que sim, comparados a 0% dos controles. Estes passos estão resumidos na Figura 2.

Figura 2: Seis passos para o suicídio



Fonte: Traduzido e adaptado de Baumeister (1990).

1.2.3 Teoria do grito de dor

O modelo do grito de dor é uma extensão do modelo da fuga da dor, sendo o suicídio visto como um desejo de escapar de si mesmo (19). É um produto de sentimentos de derrota em resposta à humilhação ou à rejeição, que desencadeiam percepções de aprisionamento, combinados com uma falha em encontrar formas alternativas de resolver o problema. Nesse modelo, o comportamento suicida é um grito de dor, e não um grito de ajuda em resposta a um estado emocional intolerável (20). Entretanto, esse modelo é inconclusivo, pois não está claro ainda como a desesperança e a falta de apoio social ou resgate relacionam-se entre si (21).

1.2.4 Teoria neurobiológica

O comportamento suicida fundamentado em uma perspectiva neurobiológica, apoiado na evidência de alterações nos sistemas hipotálamo-adrenal, adrenérgico, noradrenérgico e serotoninérgico (22), busca explicações no modelo de estresse-diátese. Nesse modelo, a diátese é considerada uma predisposição ou vulnerabilidade à ocorrência de comportamentos suicidas; por outro lado, o estresse é a resposta biopsicológica a um evento percebido como perigoso para o sujeito. Nesse sentido, foi proposta a coexistência de uma vulnerabilidade biológica e de um fator de estresse que desencadeia uma série de reações biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais em sujeitos suicidas (23).

De acordo com esse modelo, os fatores relacionados à diátese podem condicionar o impedimento de uma resposta emocionalmente regulada ao estresse e produzir o desejo de suicídio por intermédio da hipersensibilidade a sentimentos de derrota, falta de habilidades para a solução de problemas limitados e desesperança quanto à solução da situação (24). Esses elementos produzem um sentimento de aprisionamento e podem levar a uma percepção de que terminar com a vida resolverá o sofrimento.

1.2.5 Teoria cognitiva

O modelo de teorias cognitivas enfatiza o aspecto cognitivo do suicídio, em que a desesperança desempenha um papel importante ao interferir em todos os componentes da tríade cognitiva (25). Na tríade cognitiva, o paciente sistematicamente interpreta a sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados terríveis para seus problemas; por fim, o paciente é atraído pela ideia do suicídio como uma forma de sair dos seus problemas (“*as coisas nunca vão melhorar*”). Os esquemas maladaptativos são o viés de atenção e memória, interferindo no processamento seletivo de estímulos e na capacidade do paciente com comportamento suicida de lembrar-se das razões pelas quais deve querer viver (26). Estudos demonstram que o viés de atenção precede a tentativa de suicídio (27), acelerando a probabilidade desse comportamento. No entanto, ainda é necessário

testar os aspectos desta teoria para melhor aferir de que maneira esses fatores interagem entre si, aumentando o risco do comportamento suicida.

1.2.6 Teoria interpessoal

Na última década, a teoria interpessoal do suicídio contribuiu para avanços substanciais na compreensão científica e clínica do suicídio e das condições relacionadas (28). Esta teoria foi estruturada na ideia de que a progressão da ideação suicida (IS) e a tentativa de suicídio (TS) são tratadas como processos diferentes que vêm com conjuntos separados de explicações e fatores de risco (29,30). A teoria interpessoal do suicídio postula que o desejo suicida surge quando os indivíduos experimentam sentimentos intratáveis de percepção de encargos (PE) e pertencimento frustrado (PF), e o comportamento suicida quase letal ou letal ocorre na presença de desejo suicida e capacidade para o suicídio (30). A teoria interpessoal inclui a especificação de um caminho causal para o desenvolvimento do desejo por suicídio e a capacidade de envolver-se em comportamentos suicidas graves.

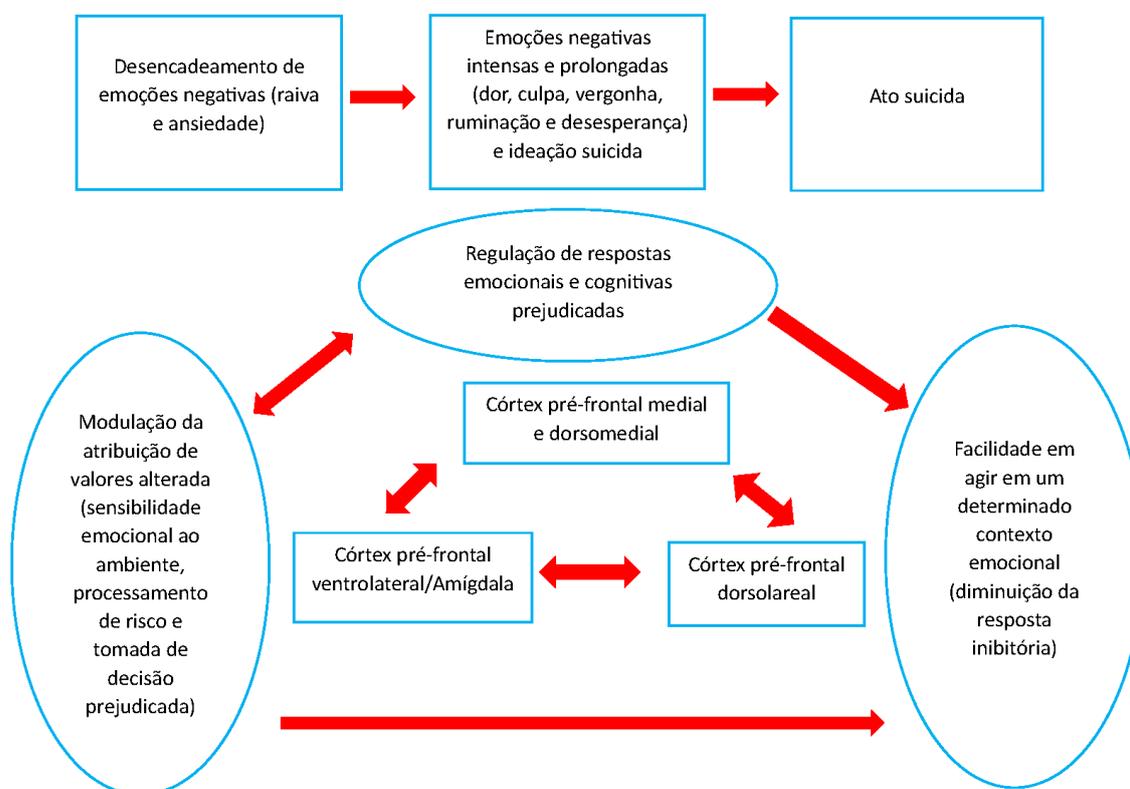
A PE é a crença de que alguém é um fardo para os outros ou para a sociedade (29). Desemprego, problemas médicos ou de saúde e encarceramento são exemplos de situações em que uma pessoa pode se sentir um fardo para os outros. É importante notar que a sobrecarga é "percebida" e muitas vezes é uma crença falsa.

Pertencer, ou sentir-se aceito pelos outros é considerado uma necessidade fundamental, algo essencial para a saúde psicológica e o bem-estar de um indivíduo. Quando a necessidade de pertencimento não é correspondida, caracteriza-se a "pertencimento frustrado", e o desejo de morrer se torna latente (31,32).

Tanto o PF quanto a PE se relacionam com a ideação suicida, e a interação dos dois fatores é responsável pelo aumento da intensidade dos sintomas (33). Entretanto, vale ressaltar que a relação entre os fatores interpessoais (PF e PE) e a IS é fortemente mediada pela depressão e ansiedade.

1.2.7 Teoria dos três passos

A teoria dos três passos tem como princípios que o desenvolvimento da IS é devido a uma combinação de dor psicológica e desesperança; a conexão é um fator-chave protetor contra a escalada da IS naqueles que se encontram em uma situação de dor psicológica e desesperança; a progressão da ideação suicida para tentativas ocorre quando a disposição e fatores práticos criam uma capacidade suficientemente alta para enfrentar a dor e o medo inerente à tentativa de acabar com a vida (32). Esse modelo parte do princípio de que a dor psicológica, independentemente da fonte e a desesperança, são os principais motivadores de uma ideação suicida. Em seguida, postula que a falta de conexão emocional com outros humanos serve de propulsor à progressão para uma ideação suicida forte. Por último, sugere que a capacidade de agir determina a ocorrência de uma tentativa de suicídio, conforme representado na Figura 3: Processo suicida em três etapas e as

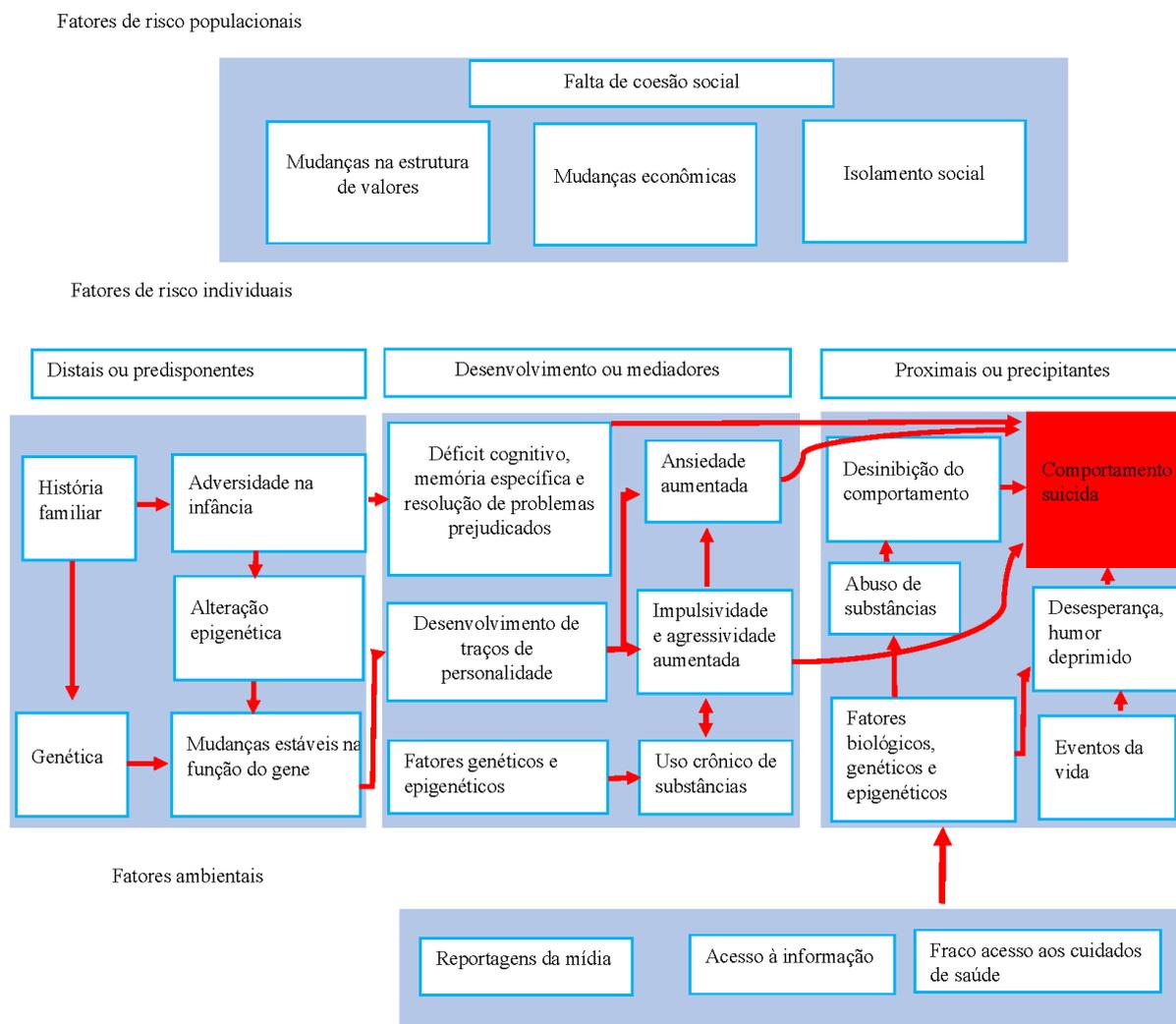


disfunções cognitivas e neuroanatômicas subjacentes.

1.2.8 Modelo de estresse-diátese

O modelo de estresse-diátese é o mais antigo dentre os modelos de análise de suicídio. Dos vários modelos que procuram explicar o comportamento suicida, este é o mais abrangente e explica o comportamento suicida como uma interação entre vulnerabilidades adquiridas (condicionadas e/ou aprendidas) e fatores desencadeantes de estressores (34) (Figura 4).

Figura 4: Modelo de estresse-diátese para suicídio



Fonte: Traduzido e adaptado de Turecki e Brent (2016).

Esse modelo classifica os preditores em distais e proximais, explicando o comportamento suicida como um produto da interação entre dois componentes: a presença de vulnerabilidades preexistentes ou adquiridas (condicionadas ou aprendidas) e a ocorrência de estressores precipitantes (gatilhos). Segundo esse modelo, os fatores relacionados à diátese podem condicionar ao impedimento de uma resposta emocionalmente regulada ao estresse e produzir o desejo de suicídio por meio da identificação de três elementos: (1) hipersensibilidade a sentimentos de derrota, (2) limitada habilidade de solução de problemas, gerando a percepção de que não há escapatória para o sofrimento e (3) desesperança quanto a um resgate da

situação, gerando a percepção de que nada salvará o sujeito daquele sofrimento (34,35).

Esse modelo forneceu elementos de base para a maioria das teorias e inclui o modelo motivacional-volitivo (MMV) integrado, que se enquadra na estrutura de ideação para execução.

O MMV defende que a derrota e o aprisionamento impulsionam o surgimento da ideação suicida e que os fatores moderadores volitivos (acesso aos meios de suicídio, exposição ao comportamento suicida, capacidade para o suicídio, planejamento, impulsividade, imagens mentais e comportamento suicida anterior) regem a transição da IS para o suicídio (36).

Quatro perspectivas teóricas distintas foram importantes para o desenvolvimento do MMV: as vulnerabilidades individuais conferem risco elevado para o desenvolvimento de ideação suicida quando ativadas pela presença de estressores (modelo de diátese-estresse) (37); o preditor imediato mais forte do comportamento é a intenção ou motivação do indivíduo para realizar o comportamento (teoria do comportamento planejado) (38); a derrota e a armadilha são as experiências de sentir-se derrubado, sem nenhuma perspectiva de fuga ou resgate (teoria do choro de dor) (39); quando um indivíduo experimenta sofrimento, uma associação é formada com o sentimento de sofrimento (ativação diferencial) (37,40). A cada episódio subsequente de angústia, o comportamento suicida torna-se mais estabelecido, portanto, mais facilmente ativado, enquanto o humor negativo potencializa-se em direção a informações negativas, o que é denominado como reatividade cognitiva (41).

2 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

A interação entre uma variedade de fatores biológicos, clínicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais influencia o risco de suicídio (1). Os fatores de risco para o suicídio podem ser classificados em: dinâmicos, sendo aqueles presentes em um momento, mas que variam em duração e intensidade (como uso de substâncias ou sentimento de desesperança); estáveis, que tendem a não mudar (como características da personalidade); estáticos, que não se alteram (como história de tentativa prévia); e futuros, que podem ser antecipados (como o acesso a meios letais) (42). A maioria dos modelos teóricos de suicídio reconhece que esse comportamento é o resultado da influência de fatores predisponentes (distais ou diátese) e precipitantes (proximais ou de estresse). O modelo biopsicossocial para o suicídio (34,43) descreve melhor as interações de fatores genéticos, experienciais, psicológicos, clínicos, sociológicos e ambientais no desenvolvimento do comportamento suicida.

O estresse precoce na infância é o fator de risco distal com maior impacto (36). Dentre os fatores proximais, o transtorno depressivo maior (TDM), o transtorno de humor bipolar e comorbidades com transtornos por uso de substâncias psicoativas são os mais frequentes (44). Ainda que os aspectos anteriores se correlacionem, sua associação com o suicídio varia muito entre os indivíduos e pode ser mediada por uma variedade de condições, como a ansiedade e a impulsividade (45,46).

Estudos anteriores sobre surtos de doenças globais demonstram que as pessoas que sofrem de ansiedade relacionada a pandemias tendem a exibir níveis elevados de estresse pós-traumático, estresse geral, ansiedade, ansiedade pela saúde e tendência ao suicídio (47–49). Estudos sobre epidemias passadas, como a de gripe espanhola e a síndrome respiratória aguda grave, demonstraram que houve aumento das taxas de suicídio ((50). Existem evidências de que as mortes por suicídio aumentaram nos EUA de 1918 a 1919, durante a pandemia do vírus da *influenza* (51), e de que, na população idosa em Hong Kong, esse índice se acentuou em 2003, durante a síndrome respiratória aguda grave (SRA) (52). Um estudo realizado no Japão evidenciou uma redução de 14% das taxas de suicídio durante os primeiros cinco meses da pandemia, mas essas taxas aumentaram 16% durante a segunda onda, com um aumento maior entre as mulheres (37%) e crianças e adolescentes

(49%) (53). Em adolescentes do México, as estimativas de prevalência de tentativa de suicídio foram de 1,8% antes da Covid-19 e de 2,1% durante o primeiro mês da pandemia (54). Um estudo feito na Espanha demonstrou um aumento de 43,20% na incidência mensal de ideação e tentativas de suicídio durante a pandemia, em relação ao período 2018-2019, atingindo um aumento máximo de 573,8% em jovens menores de 18 anos no mês de maio de 2021. Na China, um estudo demonstrou que, nas 53 semanas avaliadas, as taxas de suicídio variaram entre 3,692 e 7,109 em 2020 e 5,051 e 9,788 em 2019 (56). Em Israel, o período pré-pandemia teve maior risco de incidência em comparação ao período da pandemia (1 de março de 2020 a 1 de fevereiro 2021), sendo isso associado a uma menor taxa de incidência de tentativas de suicídio. O intervalo exposto mostrou ($p < 0,05$) diminuição no Risco Relativo (RR) da incidência de tentativas de suicídio (RR = 0,63, 95% CI 0,52-0,78) (57). Estes dados apontam que os estudos ainda são inconclusivos quanto ao aumento de comportamento suicida durante a pandemia de Covid-19.

2.1 FATORES DISTAIS

Fatores distais geram risco de suicídio, mas têm uma relação temporal distante com a crise suicida. Estes fatores aumentam a predisposição ao suicídio, em vez de precipitar crises suicidas (58). Tais fatores, em geral, relacionam-se a uma história familiar de suicídio, indicando predisposição genética, variação genética entre os indivíduos e experiências de adversidades no início da vida. A adversidade no início da vida pode resultar em mudanças estáveis na expressão gênica, resultando em maior suscetibilidade ao comportamento suicida ao longo da vida (59,60).

A história de suicídio na família é um fator de risco para suicídio (56). Esse risco familiar é parcialmente explicado pelo transtorno do humor dos pais, por traços de impulsividade e agressividade ou por transtornos neurocognitivos (45,61). Em parentes de indivíduos que morreram por suicídio, existe uma maior probabilidade de apresentarem impulsividade e agressividade aumentadas e um risco adicional de comportamento suicida, em comparação com indivíduos sem parentes de primeiro grau que morreram por suicídio (46,46). Em um estudo realizado com uma família árabe, por exemplo, foi encontrada uma associação significativa entre pensamentos e comportamentos suicidas e a presença de suicídios e de outras formas de psicopatologia

e comportamentos suicidas no histórico da família (45), o que, de acordo com outro estudo (46), pode significar que o comportamento suicida está fortemente associado às psicopatias, principalmente de transtornos psiquiátricos que também ocorrem nas famílias.

Os atos de um pai ou responsável, por exemplo, que resultem em abuso físico, sexual e/ou psicológico de uma criança ou que levem à negligência de necessidades físicas ou essenciais durante a infância podem ser elementos agravantes para o desenvolvimento do comportamento suicida no futuro. A adversidade no início da vida está fortemente ligada ao comportamento suicida nos anos subsequentes (58,59). Estudos mostram que existe uma ligação entre o suicídio e o *bullying*, histórico de agressividade física, sexual e conflitos familiares (62). Apesar de os dados estatísticos demonstrarem uma baixa taxa de suicídio na infância quando comparada com a dos adultos, esse número tem aumentado cada vez mais (63). Entre 2000 e 2009, cerca de 14,7% dos suicídios ocorreram em crianças na faixa etária entre 10 e 14 anos (64). No entanto, existem limitações e desafios na prevalência de suicídio em crianças, tais como subnotificação das mortes por suicídio devido a dificuldades ou erro em classificá-las como tais, ou a realização do registro da morte como sendo acidental ou ocorrida por causa indeterminada (58).

2.2 FATORES DESENVOLVIMENTAIS

Os fatores distais são um importante elemento de risco para o suicídio, mas estão relacionados a fatores mediadores, que intensificam a vulnerabilidade a respostas mal adaptativas a fatores proximais, alterando o risco de comportamento suicida. Estudos demonstram que as mudanças comportamentais são reguladas por processos biológicos (65) ainda não totalmente compreendidos.

Os traços de personalidade são os principais mediadores entre os fatores distais e proximais (66). A ansiedade e os traços impulsivos são os que estão mais fortemente associados ao comportamento suicida (46,60).

Um estudo de base populacional na Holanda demonstrou que a presença de qualquer transtorno de ansiedade foi significativamente associada ao comportamento suicida (OR 2,29, IC 95%: 1,85-2,82) e que a combinação com um transtorno de humor estava ligada a uma maior probabilidade de tentativas de suicídio, em

comparação com o transtorno de humor isolado (67). Por outro lado, um estudo de revisão sistemática relatou uma fraca relação entre transtorno de ansiedade e ideação suicida (OR 1,49, IC 95%; 1,18-1,88) e entre tentativas (OR 1,64, IC 95%: 1,47-1,83), mas não mortes (OR 1,01, IC 95%: 0,87-1,18) (68).

Uma literatura crescente sugere que pessoas que tentaram suicídio mostram vários déficits cognitivos que podem ter papel significativo na vulnerabilidade a atos suicidas, se comparadas a pessoas que nunca tentaram (69). A capacidade diminuída de resolução de problemas, a memória prejudicada e o pessimismo têm sido associados ao comportamento suicida (70). A memória pode desempenhar um papel significativo no risco de comportamento suicida, talvez impedindo esses indivíduos de usar experiências passadas para resolver problemas atuais e vislumbrar o futuro, alterando processos inibitórios. Entretanto, mais estudos são necessários para melhor esclarecer essas relações.

2.3 FATORES PROXIMAIS OU PRECIPITANTES

Fatores proximais são todas as doenças capazes de produzir sintomas cruzados, alterando drasticamente a capacidade de resolução de problemas e o julgamento do indivíduo (58). Estão associados à precipitação do ato suicida e podem estar ligados a alterações nos níveis de neurotransmissores, inflamação no sistema nervoso central SNC e disfunção glial. Além disso, um comportamento suicida frustrado está entre os preditores mais robustos de comportamento suicida e morte futura por suicídio.

A doença mental é uma componente chave no comportamento suicida. O TDM está entre os diagnósticos psiquiátricos mais comuns em pessoas que morrem por suicídio, seguido por transtorno bipolar, transtorno por uso de substâncias (TUS) e esquizofrenia (71). O TDM e transtornos de personalidade *borderline* são as únicas entidades que incluem suicídio como sintoma, segundo o DSM-5 (72). A patologia mental pode ser diagnosticada de forma retrospectiva, com os familiares e amigos, mediante autópsia patológica em indivíduos que cometeram suicídio, ou de forma prospectiva, mediante entrevistas clínicas, podendo ser realizada alguma intervenção preventiva nesse momento (73).

Várias pesquisas sugerem que a maioria das pessoas que morrem por suicídio pode estar sofrendo de um transtorno psiquiátrico no momento da morte, mas,

comparativamente, poucas estão em contato com serviços especializados (74,75). Apesar de alguns países apresentarem serviços de saúde mental acessíveis e gratuitos, estudos mostram que até em países desenvolvidos, como o Reino Unido, apenas cerca de 25% das pessoas que morrem por suicídio têm um vínculo com os serviços de saúde mental (76).

Estudos fornecem evidências de alta qualidade que corroboram a associação entre uso de drogas e comportamento suicida. Em uma amostra representativa do Brasil, a prevalência de tentativas de suicídio variou de 12,4% a 20,8% em usuários de álcool, maconha e cocaína, versus 4,7% para não usuários (77). Um estudo epidemiológico feito no México em jovens acadêmicos usuários de drogas demonstrou que a ideação suicida era frequente e que 47% dos alunos apresentaram sintomas de ideação suicida no ano anterior ao estudo (78).

2.4 TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL E SUA RELAÇÃO COM O SUICÍDIO

O transtorno por uso de álcool é definido por um agrupamento de sintomas comportamentais, que incluem a abstinência, a compulsão e a tolerância ao álcool (72). A intoxicação alcoólica aguda é uma condição clínica transitória, decorrente da ingestão de bebidas alcoólicas acima do nível tolerado pelo indivíduo, produzindo alterações psíquicas e físicas suficientes para interferir no seu funcionamento normal (79).

O álcool é consumido por 43% da população mundial (66), por 54,1% nas Américas (80) e por 43,1% da população brasileira. Nos Estados Unidos, estima-se que a prevalência anual do transtorno por uso de álcool seja de 4,6% na faixa etária dos 12 aos 17 anos (72). No Brasil, cerca de sete milhões (34,3%) dos indivíduos menores de 18 anos reportaram ter consumido álcool na vida, e 22,2% consumiram-no nos últimos 12 meses (81). O consumo abusivo e contínuo do álcool é um fator de risco para o comportamento suicida.

O álcool é um depressor do sistema nervoso central (SNC) que, dependendo da quantidade ingerida, causa leve euforia e progressiva sedação. O álcool é metabolizado por um grupo de enzimas, a álcool-desidrogenase (ADH) e a aldeído desidrogenase ALDH2 (82). A deficiência de ALDH2 é relativamente comum, ocorrendo em cerca de 36% dos habitantes da Ásia Oriental. O álcool ingerido por

peças com deficiência de ALDH2 é metabolizado em acetaldeído pela ação da enzima ADH, que se acumula no corpo pela ausência da atividade da ALDH2, resultando em rubor facial, náuseas e taquicardia (83,84). O acetaldeído é uma substância que provoca importantes reações desagradáveis ao indivíduo que consome álcool. Assim, pessoas com variantes genéticas relacionadas a baixa eficiência na metabolização do álcool terão uma chance menor de desenvolver dependência do álcool, pois sempre que o utilizarem experimentarão os efeitos desagradáveis ocasionados pelo acetaldeído elevado. O álcool atua em neurotransmissores do sistema GABA no glutamato, neurotransmissores de monoamina, incluindo a dopamina e 5-hidroxitriptamina, desempenhando papéis importantes na ocorrência, desenvolvimento e disfunção neural da síndrome de dependência de álcool (85). O sistema dopaminérgico é o sistema neurotransmissor também envolvido na dependência do álcool. Um estudo de metanálise na América do Norte e na Europa encontraram uma prevalência três vezes maior do alelo A1 do polimorfismo TaqI A do gene do *DRD2* (*dopamine receptor D2*) em alcoolistas graves em relação a controles, mas não entre controles e alcoolistas leves (86).

A dependência do álcool está associada a vários transtornos psiquiátricos, sendo responsável por uma boa parte das internações psiquiátricas. Também está relacionada a faltas ao trabalho e à diminuição da capacidade laboral. O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio (87).

Independentemente da natureza do TUS, o álcool é um importante fator de risco para o comportamento suicida (88). A relação álcool-suicídio deve ser compreendida com base em dois construtos distintos: o uso agudo de álcool e o transtorno (dependência) por uso de álcool (85). Uso excessivo de álcool está relacionado com um maior risco de comportamento suicida e automutilação (89–93). A intoxicação aguda por álcool pode aumentar o risco de comportamento suicida, devido ao juízo crítico prejudicado e à perda da inibição comportamental (94–96). Uma metanálise feita em 2016, demonstrou que o uso agudo de álcool em qualquer quantidade esteve associado ao aumento do risco de tentativas de suicídio, com um risco relativo geral de 6,97 (IC 95% 4,77-10,17). Se forem consideradas grandes quantidades (0,6 a 0,8 g/Kg), esse risco aumenta para 37,18 (IC 95% 17,38-79,53), demonstrando importante relação dose-resposta (96). Estudos mostram que o consumo moderado de álcool está associado à tendência para tentar o suicídio

usando mais métodos suicidas letais (96,97), além de o álcool ser o fator predisponente mais forte para o comportamento impulsivo e agressivo (98).

Em um estudo de coorte de pacientes com transtorno por uso de álcool (TUA), na subamostra estratificada de indivíduos sem outros transtornos psiquiátricos, o risco de suicídio consumado foi de 9,69 (IC: 4,88-19,25) (99). Esses resultados indicam que os indivíduos com TUA sem nenhuma comorbidade psiquiátrica têm um risco alto de suicídio consumado. Um estudo retrospectivo (100) apontou que o uso de álcool e a ocorrência de eventos negativos de vida têm um aumento estatisticamente significativo da ideação suicida na hora seguinte ao uso. Acredita-se que mecanismos relacionados aos efeitos do álcool no sistema nervoso central (SNC), tais como aumento da agressividade e da impulsividade (101,102), disfunção serotoninérgica, sentimento de tristeza ou rebaixamento do humor (102) e diminuição das funções cognitivas (103), estão dentre os mais associados com o comportamento suicida em usuários de álcool.

2.5 TRANSTORNO POR USO DE COCAÍNA E *CRACK* E SUA RELAÇÃO COM O SUICÍDIO

A cocaína é um estimulante do SNC. Extraída das folhas da planta *Erythroxylon coca* (104), pode ser consumida sob a forma de cloridrato de cocaína, um sal hidrossolúvel, de uso aspirado ou injetado. Há, ainda, as apresentações alcalinas, voláteis a baixas temperaturas, que podem ser fumadas em “cachimbos”, como o *crack*, a *merla* e a pasta básica da cocaína (105), e as formas não solúveis, que podem ser modificadas, tornando-se solubilizadas.

A cocaína em pó, segundo um levantamento sobre o uso de drogas pela população brasileira, é a segunda substância ilícita mais frequentemente consumida no país (81). Verificou-se que 3,1% da população participante da pesquisa afirmou ter consumido cocaína alguma vez na vida, sendo o consumo mais frequente entre os homens (5,0%), comparativamente com as mulheres (1,3%). No ano de 2015, cerca de 1 milhão e 400 mil pessoas entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de *crack* e similares alguma vez na vida, correspondendo a 0,9% da população da pesquisa (104).

Os neurotransmissores, como a dopamina, a noradrenalina e a serotonina, são catecolaminas sintetizadas por certas células nervosas que agem em regiões do cérebro (106). O sistema dopaminérgico é o principal alvo molecular na investigação de alterações neurobiológicas associadas ao uso de substâncias, sobretudo por desempenhar um papel central no sistema de recompensa cerebral (107). O uso repetido da cocaína ativa os mesmos sistemas cerebrais de motivação que costumam ser ativados por comportamentos essenciais, como os relacionados com alimentação, sexualidade e fuga de situações ameaçadoras. O cérebro passa a funcionar como se essas substâncias e os seus estímulos associados fossem biologicamente necessários. Com a exposição repetida, a associação torna-se cada vez mais forte, desencadeando uma maior resposta comportamental e neuroquímica, conhecida como sensibilização de estímulo.

As conexões do sistema de recompensa envolvem a substância negra e a área tegmental ventral, onde os corpos celulares que produzem a dopamina estão localizados. Esses corpos celulares projetam-se para o estriado, que inclui a área conhecida como centro de recompensa, o *nucleus accumbens*, que faz parte do sistema límbico. Todas as substâncias, direta ou indiretamente, aumentam os níveis de dopamina nesta região (108).

Quando a cocaína entra no sistema de recompensa do cérebro, ela bloqueia os sítios transportadores dos neurotransmissores (dopamina, noradrenalina, serotonina), os quais têm a função de recaptar estas substâncias, que estavam agindo na sinapse. Desta maneira, há um excesso na oferta de neurotransmissores no espaço intersináptico à disposição dos receptores pós-sinápticos, fato biológico cuja correlação psicológica é uma sensação de magnificência, euforia, prazer e excitação sexual (106). Quando um novo impulso nervoso é recebido, mais neurotransmissores são liberados na sinapse, mas eles se acumulam no cérebro pelo fato de os sítios receptores estarem bloqueados pela cocaína.

O uso prolongado da cocaína pode fazer com que o cérebro se adapte a ela, de forma que ele começa a depender desta substância para funcionar normalmente, diminuindo os níveis de dopamina no neurônio. Estas alterações estão relacionadas ao comportamento impulsivo, resultando em uma busca repetida de sensações prazerosas de maior intensidade relacionadas ao uso da substância (109). Se o indivíduo parar de usar cocaína, já não existe dopamina suficiente nas sinapses, e então ele experimenta o oposto do prazer: fadiga, depressão e humor alterado.

Estudos indicam que a prevalência de consumo de cocaína nos dias anteriores ao suicídio ocorre em torno de 9 a 20% (96,110,111). No Brasil, o uso de *crack* e o comportamento suicida são problemas de saúde pública (96,112). As taxas de suicídio em usuários de *crack* variam de 40,0 e 20,8% (75). Estudos mostram que 47% dos usuários de *crack* têm risco atual de suicídio (112), havendo uma prevalência de comportamento suicida de 30% em dependentes de *crack* no Brasil (15).

3 JUSTIFICATIVA

Nem todo usuário de álcool e/ou outras substâncias psicoativas (SPA) apresenta comportamento suicida, mas existe uma correlação entre essas variáveis (113). As SPA potencializam a presença de transtornos mentais e podem aumentar o risco para o suicídio (114). Indivíduos que são dependentes químicos têm mais chances de desenvolver um transtorno psiquiátrico, quando comparados a indivíduos que não utilizam drogas, sendo a relevante identificação desse outro transtorno, tanto para o prognóstico quanto para o tratamento adequado do paciente (115,116). Ainda no que se refere às comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos, há evidências de que estão associadas ao aumento da agressividade e a um recorrente comportamento suicida (117).

A categoria de droga utilizada, a quantidade ingerida e a gravidade do consumo também contribuem para desfechos relativos ao suicídio (118). O consumo de álcool e cocaína/*crack* está relacionado às tentativas de suicídio, com aumento de sintomas depressivos e de impulsividade (119). Muitos aspectos ainda não estão bem explicados e há uma necessidade de realização de estudos de revisão mais aprofundados e com metanálise assim como estudos que integra os diferentes fatores de risco para melhor esclarecer este enigma.

Este trabalho visa à realização de uma revisão sistemática com metanálise, avaliando o risco de suicídio em usuários de cocaína, e de um estudo transversal, avaliando a prevalência desse comportamento e fatores associados em usuários de álcool.

A partir dos dados e amostragens anteriormente mencionados, considera-se como hipótese que o consumo de cocaína, o uso de álcool e os fatores associados (traumas na infância, impulsividade, comorbidades psiquiátricas e transtornos de personalidade) podem ser indícios do comportamento suicida ou, pelo menos, fatores que agravam esse risco no contexto de análise.

Os achados desses estudos poderão contribuir com subsídios na tomada de decisões, qualificando os sistemas e serviços de saúde no desenvolvimento de políticas e ações de prevenção ao suicídio, bem como no manejo do comportamento suicida em usuários de cocaína, álcool e derivados, nos serviços de saúde, principalmente, saúde mental.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Estimar por meio de uma metanálise a prevalência da ideação e da tentativa de suicídio em usuários de cocaína que procuram os serviços de saúde e estimar a prevalência do comportamento suicida e dos fatores associados em usuários de álcool no Serviço de Psiquiatria de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no município de Porto Alegre (RS).

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência da ideação suicida e de tentativa de suicídio em usuários de cocaína e derivados que procuram os serviços de saúde, por meio de uma revisão sistemática seguida de metanálise;
- Estimar a prevalência da ideação e tentativa de suicídio na vida em indivíduos com transtorno por uso de álcool por meio da subescala do ASI-6 para uso de drogas e problemas psiquiátricos, na unidade de psiquiatria de adição do HCPA;
- Estimar a prevalência do comportamento suicida em usuários de álcool associada às seguintes características:
 - trauma na infância, por meio dos escores do CTQ;
 - impulsividade, mediante o score final da escala de BARRAT;
 - episódio de depressivo maior ou transtorno depressivo maior;
 - episódio hipomaníaco ou transtorno bipolar I e II;
 - esquizofrenia;
 - transtorno de personalidade *borderline*.

5 MÉTODOS

A realização do presente projeto prevê a integração de dois estudos: uma revisão sistemática com metanálise e um estudo transversal, no qual serão utilizados dados secundários de uma amostra de conveniência coletada no Serviço de Psiquiatria de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Apresentam-se, a seguir, os dois estudos e os respectivos métodos.

5.1 ESTUDO 1: PREVALÊNCIA DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE COCAÍNA QUE ACESSAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

Busca-se estimar a prevalência da ideação suicida e de tentativa de suicídio em usuários de cocaína e derivados que procuram os serviços de saúde, mediante uma revisão sistemática seguida de metanálise.

MÉTODO

5.1.2 Diretrizes e estratégia de busca.

O estudo obedeceu às diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (69) e foi aprovado na plataforma PROSPERO (nº CRD42020142057). A estratégia de busca compreendeu os seguintes termos: MeSH, além de termos convencionais (suicide[mh] OR suicid*[tw]) AND (Cocaine[mh] OR Cocaine[tw] OR Cocaine-Related Disorders[mh] OR Cocaine Smoking[mh] OR Crack Smoking[tw]). A busca abrangeu os artigos publicados nas bases de dados eletrônicos PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase, PsycINFO e LILACS, incluindo uma busca em outras fontes de literatura cinzenta (Catálogos de Teses e Dissertações-CAPES, Plataforma Sucupira, Google Scholar).

5.1.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos apenas estudos com delineamento observacional de coorte retrospectiva e prospectiva, caso controle e/ou transversal, que continham amostras

de sujeitos usuários de cocaína atendidos em serviços de saúde, com mais de 14 anos, sem restrição de gênero ou nível de escolaridade. Não houve restrição quanto ao idioma ou ao ano de publicação dos estudos. Estudos com populações indígenas e carcerárias, em que o acesso aos serviços de saúde pudesse ser prejudicado, assim como estudos comunitários ou domiciliares, foram excluídos. Estudos nos quais não foi possível extrair a informação relacionada ao desfecho (ideação ou tentativa de suicídio), estudos qualitativos, resumos de congresso, artigos de revisão (sistemática ou não), com ou sem metanálise, foram excluídos. Excluíram-se, ainda, artigos nos quais a amostra apresentava o uso de cocaína em comorbidade com outras drogas, considerando-se a sua possível influência nos desfechos.

A extração de dados e avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois autores independentes e um terceiro para desempate em casos de discordância na seleção dos artigos.

5.1.4 Análise estatística

A síntese dos estudos incluídos nesta metanálise foi estruturada em torno das prevalências de ideação e tentativa de suicídio por usuários de cocaína atendidos em serviços de saúde, apresentadas via diagramas de árvores (*forest plots*). O modelo de efeitos aleatórios com estimativa de variância pelo método inverso com transformação logit foi utilizado para agrupar dados de prevalência e estimar seus intervalos de 95% de confiança. A heterogeneidade foi avaliada pelo teste Qui-quadrado (70) e a estatística I-quadrado (I^2) junto ao teste de Higgins (71), usando-se o método de máxima verossimilhança restrita (REML) para estimar a variância. Análises de subgrupos foram conduzidas para investigar fontes de heterogeneidade. Todas as análises foram realizadas usando o *software* R versão 3.6.1 e os pacotes *meta* 4.9-7 e *metafor* 2.1-0 (72).

5.2 ESTUDO 2: PREVALENCIA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO NA VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL NA UNIDADE ALVARO ALVIM

Este trabalho é uma análise secundária do projeto intitulado “Preditores Clínicos, Biológicos e Psicossociais da Recaída Precoce em Usuários de Crack”, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 14 – 0249, que objetivou avaliar uma amostra de usuários de álcool e de outras drogas que realizaram tratamento na Unidade de Psiquiatria de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados foram coletados por entrevistadores da área da saúde previamente treinados e supervisionados. A coleta de dados ocorreu na primeira semana após o momento da internação, no período de 2012 a 2020.

5.2.1 Tipo de amostragem

Trata-se de amostra consecutiva de pacientes do sexo masculino,² internados no Serviço de Psiquiatria de Adição para tratamento de transtorno por uso de álcool no período estudado e que atenderam aos critérios de elegibilidade.

Os critérios de inclusão da amostra foram: idade entre 18 e 65 anos, diagnóstico de transtorno por uso de álcool conforme os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — IV ou 5 (DSM-IV, DSM-5) e ausência de déficits cognitivos que pudessem prejudicar a confiabilidade das respostas. Todos os participantes aceitaram participar do estudo de forma voluntária e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos da amostra indivíduos que, mesmo compreendendo o TCLE, apresentaram dificuldades para entender as perguntas dos questionários de pesquisa e presença de déficits cognitivos graves avaliados por impressão clínica.

² A unidade citada atende apenas pacientes homens.

5.2.2 Instrumentos de avaliação

- *Questionário de dados sociodemográficos*: informações sobre dados sociodemográficos foram coletadas por meio de um questionário padronizado, com informações sobre idade, situação laboral, raça/cor, estado civil e história familiar do 1º grau de dependência química. As respectivas informações foram utilizadas sistematicamente pelos membros do grupo de pesquisa (73,74)³.
- *Addiction Severity Index — 6 (ASI-6)*: avalia o impacto do uso de substâncias na vida do paciente em sete áreas de funcionamento: situação de moradia, problemas médicos, emprego/sustento, uso de drogas e álcool, aspectos legais, relações sociais e familiares, e problemas psiquiátricos (75,76). Já foi validado e adaptado para o português.
- Serão utilizadas as variáveis categóricas para uso de álcool, visto que a tentativa de suicídio será registrada quanto à presença “na vida” (P16-A).
- *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* é uma ferramenta de triagem que visa a detectar experiências de abuso e negligência na infância em adultos e adolescentes. Esse instrumento investiga cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional (77–79). Já foi validado e adaptado para o português. Os escores finais serão classificados conforme os escores de corte do manual para a gravidade do abuso e negligência: “nenhum a mínimo”, “baixo a moderado”, “moderado a grave” e “grave a extremo”.
- *Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)* é uma escala autoaplicável para determinação da impulsividade, apresentando três componentes distintos, a saber: a) motor: a impulsividade motora está relacionada a

³ Artigos dos membros do grupo que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação.

não inibição de respostas incoerentes com o contexto; b) atencional: impulsividade relacionada à tomada de decisão rápida; c) falta de planejamento: engloba comportamentos orientados para o presente (80,81). Já foi validada e adaptada para o português. Para essas análises, serão considerados os escores totais nas variáveis “raramente/nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre” ou “quase sempre”.

- Structured Clinical Interview for DSM Disorders — SCID-I e II é um instrumento de entrevista clínica estruturada para o DSM-IV, dado que fornece o diagnóstico de transtornos psiquiátricos segundo critérios do DSM-IV (82,83). Já foi validado e adaptado para o português. Os diagnósticos serão agrupados e dicotomizados em episódio depressivo maior, transtorno depressivo maior, episódio hipomaníaco, transtorno bipolar tipo I ou II, esquizofrenia e transtorno de personalidade borderline para as respostas "presença" ou "ausência".

As variáveis independentes foram categorizadas em níveis.

O primeiro nível (nível 1) foi constituído pelas variáveis sociodemográficas: idade, situação laboral, raça/cor, estado civil e história familiar do 1º grau de dependência química.

O segundo nível (nível 2) foi constituído pelas variáveis: experiências de abuso e de negligência sofrida na infância em adultos e adolescentes.

O terceiro nível (nível 3) continha as variáveis de transtornos mentais: episódio depressivo maior, transtorno depressivo maior, como episódio hipomaníaco, transtorno bipolar tipo I ou II, esquizofrenia e transtorno de personalidade *borderline*.

Consideramos a variável impulsividade como quarto nível (nível 4), por acreditarmos ser um comportamento que caracteriza um determinado transtorno mental.

Considerações éticas: a amostra foi composta por usuários de álcool maiores de 18 anos, internados no Serviço de Psiquiatria de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS) para tratamento da dependência química, conforme proposto no

projeto original “Preditores Clínicos, Biológicos e Psicossociais da Recaída Precoce em Usuários de Crack”.

5.2.3 Análises estatísticas

A prevalência da tentativa de suicídio será apresentada com o seu respectivo intervalo de 95% de confiança. A comparação de dois grupos foi realizada utilizando-se dois modelos estatísticos separados: (i) pacientes que relataram tentativa de suicídio na vida e (ii) pacientes que não relataram terem tentado suicídio, por intermédio da subescala do ASI-6 e questionário de dados sociodemográficos. As variáveis quantitativas foram avaliadas em relação à sua normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk. As variáveis com distribuição normal foram descritas pela média e pelo desvio padrão, comparadas entre os grupos pelo teste t de Student para amostras independentes. As variáveis cuja distribuição não foi normal foram descritas pela mediana e intervalo interquartil, e comparadas pelo teste de Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram descritas por frequências e percentuais, e associadas pelo teste de Qui-quadrado. As variáveis que apresentaram $p\text{-valor} < 0,05$ nas análises bivariadas foram incluídas em um modelo de Regressão de Poisson com variância robusta, hierarquizado em blocos: 1) maus tratos, 2) transtornos de humor e transtornos de personalidade, 3) impulsividade.

Todas as análises foram realizadas no *software* IBM SPSS (versão 20), considerando 5% de nível de significância, e os resultados foram apresentados em tabelas.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1: PREVALENCE OF SUICIDE IN COCAINE USERS ACCESSING HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Received: August 28, 2021; **Accepted:** December 19, 2021

Brazilian Journal of Psychiatry - IF 2021: 6.328

Abstract

Objectives: This study reviewed and analyzed the prevalence of suicidal behaviors among cocaine users who sought health services.

Methods: This is a systematic review and meta-analysis of studies published until January 2021. PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase, PsycINFO, and LILACS were searched. The inclusion criteria were observational (retrospective or prospective), case-control, and/or cross-sectional reports that contained samples of cocaine users aged over 14 years who were assessed in health facilities or were in treatment. The random-effects model was used to calculate the overall prevalence of suicidal behavior with a 95% confidence interval. Subgroup analysis was conducted to investigate sources of heterogeneity.

Results: Twenty articles were included, yielding a total of 2,252 cocaine users. The estimated prevalence was 43.59% (95%CI 31.10-57.38) for suicidal ideation and 27.71% (95%CI 21.63-34.73) for suicide attempts. High heterogeneity was found between studies for both outcomes ($I^2 \geq 93\%$), although subgroup analysis considering the quality of the studies showed a significant difference in suicide attempts ($p = 0.03$).

Conclusion: Cocaine use can be considered a risk factor for suicidal behavior, and prevention and early screening measures should be implemented to facilitate adequate treatment.

Keywords: Suicide, cocaine, addiction, substance use disorder

Introduction

Each year, about 800,000 people worldwide die from suicide, which is equivalent to one death every 40 seconds. Evidence suggests that for each adult who dies of suicide, more than 20 others may have attempted it.¹ The annual global suicide rate is estimated at 10.5 per 100,000 population,² accounting for 1.4% of all deaths

worldwide, which makes it the 18th leading cause of death. The prevalence of suicidal ideation, plans, and attempts has been estimated at 2% by the World Health Organization for both developed and developing countries.³ This serious public health problem is related to other behaviors and clinical conditions and affects individuals of all ages. Evidence suggests that public health policies and low-cost interventions can help prevent suicide.⁴

The phenomenon of suicide comprises a series of behaviors: suicidal thinking (or ideation), suicide attempt (SA), and suicide itself.² Suicidal ideation (SI) involves a broad range of thoughts: a desire to die or the idea of self-destruction, with or without a plan of action.⁵ A SA is a potentially harmful behavior with a non-fatal outcome accompanied by evidence that: the person intended to kill himself but failed and was rescued, the attempt was thwarted, or the person changed his mind.⁶ Suicide, on the other hand, refers to the act of deliberately killing oneself or fatal suicidal behavior. This complex phenomenon is associated with several risk factors, such as biological, psychological, social, environmental, and cultural aspects.¹ Other risk factors include previous SAs⁷ and their association with the use of alcohol and other drugs. Although several theories have been developed to explain suicidal behavior, the stress-diathesis model is the most comprehensive; it explains suicidal thoughts as the interaction between acquired vulnerabilities (conditioned and/or learned) and triggering stressors.⁸ These include genetic factors, trauma, a history of abuse or neglect, personality traits, psychiatric disorders, socioeconomic problems, discrimination, emotional imbalance, rejection, feelings of failure or helplessness, and chronic pain, etc.; the same factors are also associated with substance abuse and dependence.

Substance use disorder is among the main risk factors for suicide.^{9,10} The type of drug consumed, the amount used, and the degree of consumption are also contributing factors to suicide-related outcomes. SI seems to be relatively higher among cocaine users. Studies indicate that the prevalence of cocaine use in the days prior to suicide is around 9 to 20%.¹¹⁻¹³ Indeed, predicting SAs can be complex and challenging. An extensive meta-analysis of 365 studies found that models explaining suicide have become stagnant.⁹ However, drug misuse is a critical element in exacerbated suicide risk – as well as a modifiable factor.

Studies in Brazil indicate that suicidal behaviors are frequent among crack users.^{14,15} Worldwide, there is still a lack of more robust analysis that combines results from different studies on suicidal behavior, especially among users of cocaine and its

derivatives.⁴ The information must be gathered, organized, and analyzed, considering the essential aspects of suicide in this population. Thus, through a systematic review and meta-analysis, this study aimed to estimate the prevalence of SI and SA among users of cocaine and its derivatives who seek health services.

Methods

This systematic review followed the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA)¹⁶ and the Cochrane Handbook¹⁷; it was approved in the PROSPERO platform (no. CRD42020142057).

The research strategy included MeSH terms, in addition to the conventional terms: (suicide[mh] OR suicid*[tw]) AND (Cocaine[mh] OR Cocaine[tw] OR Cocaine-Related Disorders[mh] OR Cocaine Smoking[mh] OR Crack Smoking[tw]). The search covered articles published in the PubMed/MEDLINE, Scopus, Embase, PsycINFO, and LILACS electronic databases, including searching in other literature sources (the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Catálogo de Teses e Dissertações, the Sucupira Platform, and Google Scholar).

The search was performed on January 10, 2021, and studies published up to this date were included in the systematic review. The initial selection of articles was based on title and abstract reading by two authors (MM and AH) separately. A third author (CD) was consulted when there was a need to evaluate conflicting articles.

Eligibility criteria

The inclusion criteria were observational (retrospective or prospective), case-control, and/or cross-sectional reports that contained samples of cocaine users aged over 14 years who were assessed in health facilities or were in treatment. There were no restrictions on sex, education level, language, or year of publication. We excluded community and household studies, or those with indigenous or prison populations who did not have access to health services. Studies with insufficient or overlapping data, or those that did not discriminate the outcome (SI or SA), qualitative studies, conference abstracts, and review articles (systematic or not, with or without meta-analysis) were excluded. Articles in which the sample used cocaine in addition to other drugs were also excluded, since there was a chance of a confounding bias in the outcomes.

Data extraction and quality assessment of the studies

After article selection, two authors (MM and AH) extracted the data independently. The full texts of the eligible studies were reviewed, and the following data were extracted when possible: authors, year of publication, the sample's country of origin, age, sex, and characteristics (treatment regimen, multicenter study or not, study period, treatment-seeking), and the outcome (no suicidality, SI, and SA).

The quality of the included studies and the risk of bias were assessed using the Newcastle-Ottawa Statement.¹⁸ This scale provides a checklist of items to verify the risk of bias in included studies, scoring a maximum of nine points for the following domains: selection, comparability, exposure, and outcome. In this review, studies with seven points or more were considered high quality, while the others were considered low quality.

Statistical analysis

The synthesis of the studies included in this meta-analysis was structured according to SI and SA prevalence among cocaine users seen in health services, which are presented as forest plots. Variance estimation for the random-effects model was performed using the inverse method; logit transformation was used to analyze group prevalence data and estimate 95% confidence intervals (95%CI). Heterogeneity was assessed with the chi-square test,¹⁹ the I-square (I^2) test, and the Higgins test,²⁰ using the restricted maximum likelihood method to estimate variance. Subgroup analyses were conducted to investigate sources of heterogeneity, including a meta-regression approach with the proportion of men and the mean age. Publication bias was investigated using Egger's regression test and a funnel plot analysis. All analyses were conducted in R version 3.6.1 and the meta 4.9-72 and metafor 2.1-0 packages.²¹

Results

Study selection

The electronic database search yielded 3,476 articles according to the above-described inclusion criteria. Rayyan²² software was used as a reference manager. First, all duplicate articles were removed (n=1,793). The remaining studies were evaluated for design, population, and the outcomes of interest. After reading the title and abstract, another 1,543 articles were excluded for not meeting the outcome or inclusion criteria.

The remaining 140 articles were independently read in full by two authors (MM and AH). At this stage, a third reviewer (CD) was requested to review eight controversial articles. Subsequently, 120 articles were excluded from the meta-analysis for the following reasons: 62 did not present the expected outcome; four were duplicates; 29 did not fulfil all the inclusion criteria (design, population, age); 15 were conference abstracts; one did not discriminate between SI and SA; and four involved the same (or part of the same) sample as previously included studies. In five studies, the data necessary for analysis could not be extracted; the authors of these studies were contacted by e-mail, but none replied. Thus, only 20 articles met the pre-established inclusion criteria and were included in the systematic review. Figure 1 is a flowchart of the article inclusion process.

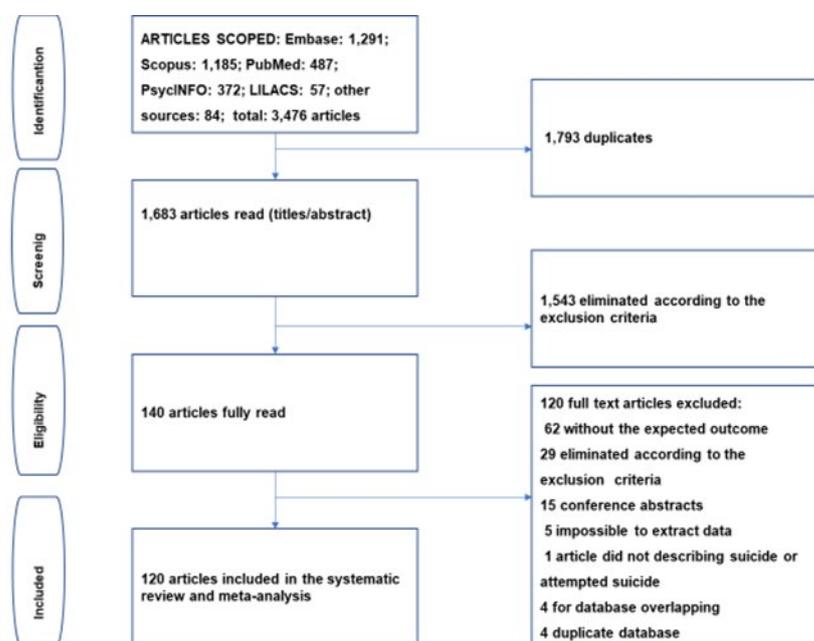


Figure 1 Article selection flowchart

Characteristics of the included studies

All 20 studies were cross-sectional.²³⁻⁴² Twelve were conducted in the United States,^{23-28,30,31,33,37,38,42} four in Brazil,^{32,35,39,41} two in Spain,^{36,40} one in Argentina,³⁴ and one in Chile.²⁹ The age of the participants ranged from 14 to 65 years. Most studies included both men and women and did not distinguish between SI and SA in the risk analysis. Some samples also included individuals in different categories of care (inpatient, outpatient, or both). The characteristics of these studies are summarized in Table 1.

Table 1 Characteristics of the included studies

Author	Country	Mean age (years)	Sex	Characteristics of the sample/diagnosis	Total users	NS	SI	SA	NOS
Lowenstein ²³	United States	27.0	Both	Outpatient and inpatient, not multicentric, diagnostic criteria not described	115	97	18	-	5
Rich ²⁴	United States	29.0	Both	Outpatient, not multicentric, diagnostic criteria not described	123	99	-	24	7
Salloum, 1996	United States	33.0	Both	Outpatient, not multicentric, DSM-III	25	3	22	-	6
Dhossche ²⁶	United States	33.9	Both	Outpatient, not multicentric, diagnostic criteria not described	112	86	-	26	6
Roy ²⁷	United States	41.4	Both	Veteran outpatient, not multicentric, DSM-IV	214	130	-	84	7
Garlow ²⁸	United States	39.3	Both	Outpatient, not multicentric, DSM-IV	548	326	22	-	8
Pérez ²⁹	Chile	N/A	Both	Outpatient, not multicentric, diagnostic criteria not described	61	28	30	14	3
Cottler ³⁰	United States	32.2	Both	Inpatient and outpatient, multicentric, diagnosis criteria not described	685	319	36	-	7
Ilgen ³¹	United States	32.8	Both	Outpatient and inpatient, not multicentric, diagnostic criteria not described	2,492	-	-	69	7
Copersino, 2008	United States	31.0	Female	Inpatient, not multicentric, DSM-IV-TR	48	21	27	-	8

Zubaran ³²	Brazil	22.8	Both	Inpatient, not multicentric, diagnostic criteria not described	50	26	-	24	8
Bohnert ³³	United States	N/A	Both	Inpatient and outpatient, multicentric, diagnosis criteria not described	3,663	2,738	-	92	7
Serfat ³⁴	Argentina	N/A	Both	Treatment-seeking, outpatient, not-multicentric, diagnostic criteria not described	68	52	16	-	8
de Souza ³⁵	Brazil	27.9	Both	Inpatient, not multicentric, Addiction Severity Index	200	-	50	24	3
Masferrer ³⁶	Spain	45.5	Both	Inpatient, not multicentric, DSM-IV-TR	25	8	-	17	8
Walter ³⁷	United States	42.5	Male	Inpatient, not multicentric, DSM-IV	129	80	-	49	8
Arias ³⁸	United States	36.0	Both	Outpatient, not multicentric, diagnostic criteria not described	72	50	-	22	7
Silva ³⁹	Brazil	29.8	Both	Inpatient, multicentric, DSM-IV-TR	160	111	-	49	8
Goñi ⁴⁰	Spain	37.3	Both	Treatment seeking, inpatient and outpatient, DSM-IV-TR	163	100	63	-	8
Roglio ⁴¹	Brazil	32.9	Both	Inpatient, not multicentric, DSM-IV	669	-	42	29	7
							8	7	

Data presented as n.N/A = not available; NOS = Newcastle-Ottawa Statement; NS = no suicidality; SA = suicide attempt; SI = suicidal ideation.

Quality evaluation

The quality of the studies was assessed using the Newcastle-Ottawa Statement with some modifications. Fifteen studies were good quality and the other five were low quality (Table 1).

Prevalence of suicidal ideation among users of cocaine and its derivatives (meta-analysis)

A meta-analysis based on ten studies was conducted to assess the SI outcome, finding a combined SI prevalence of 43.59% (95%CI 30.61-57.51) (Figure 2). This result showed high heterogeneity ($I^2 = 95\%$; $Q = 186.72$; $df = 9$, $p < 0.01$).

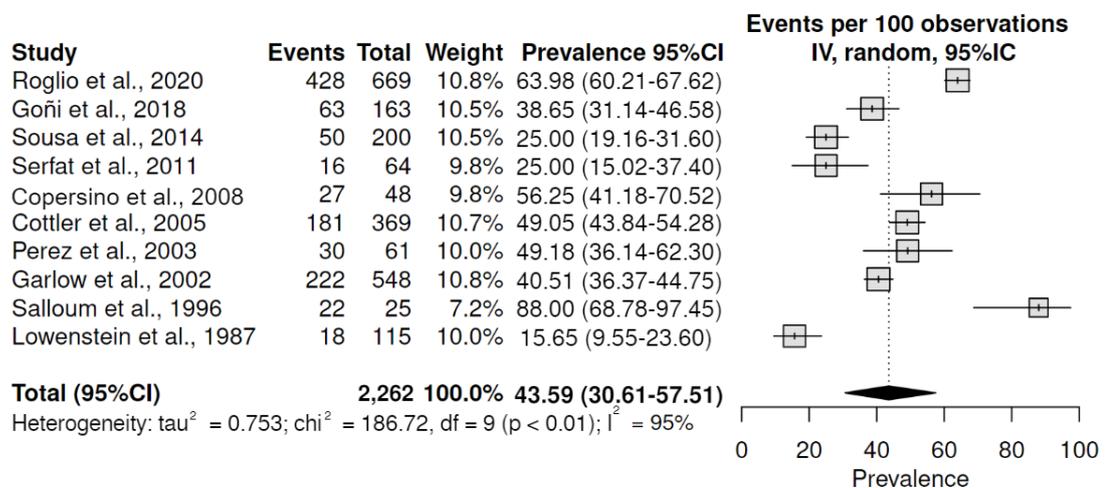


Figure 2 Meta-analysis of the prevalence of suicidal ideation. 95%CI = 95% confidence interval; df = degrees of freedom; I^2 = I-square statistic.

Prevalence of suicide attempts in users of cocaine and its derivatives (meta-analysis)

A separate meta-analysis of 12 studies was conducted to assess the SA outcome. The combined SA prevalence was 27.71% (95%CI 21.63-34.73) (Figure 3). There was also high heterogeneity among the studies for this result ($I^2 = 93\%$; $Q = 152.231$; degrees of freedom [df] = 11, $p < 0.01$).

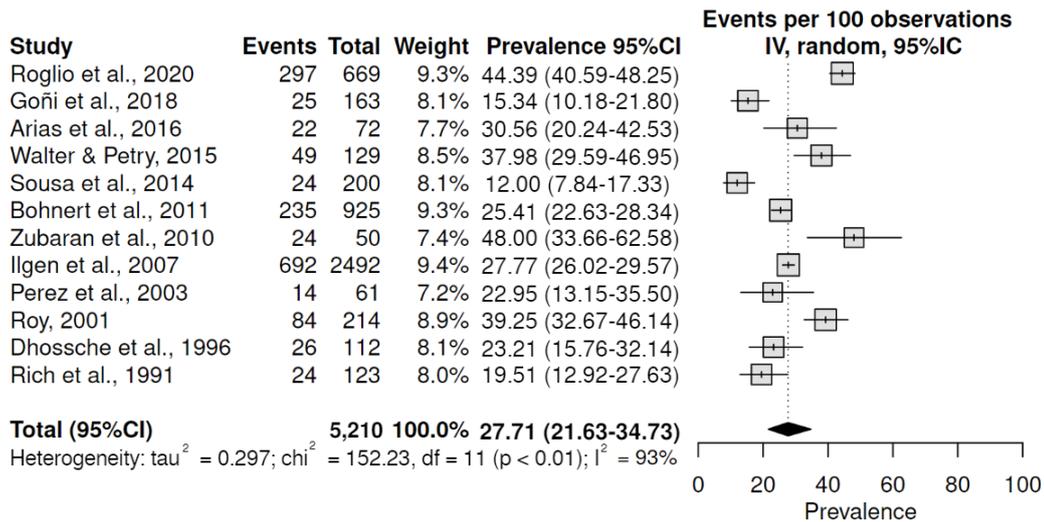


Figure 3 Meta-analysis of the prevalence of suicide attempts. 95%CI = 95% confidence interval; df = degrees of freedom; I^2 = I-square statistic.

Subgroup analysis

Due to the critical heterogeneity among the studies regarding the SI and SA outcomes, subgroup analyses were performed to identify possible sources of heterogeneity. The analyses were based on the following variables extracted from the articles: categories of care/treatment (inpatient, outpatient, or both), study quality (high or low), and whether it was a multicenter study (yes or no) (Table 2). For the SI outcome, these analyses showed no significant results, indicating that none of the factors influenced the results. However, there was a significant difference in study quality regarding SAs: high quality studies reported a higher SA prevalence ($p = 0.03$). Other subgroup analyses showed no significant differences.

Meta-regression analyses were conducted for age and sex. For sex, the proportion of men was not significantly associated with the prevalence of SI ($R^2 = 20.15\%$, $p = 0.158$, $n=6$) or SA ($R^2 = 0\%$, $p = 0.419$, $n=4$). Similar results were obtained for mean age (suicidal ideation presented $R^2 = 0\%$, $p = 0.292$, $n=9$; and SA presented $R^2 = 0\%$, $p = 0.703$, $n=10$).

Table 2 Subgroup analysis

	n (%)	95%CI	p-value	I² (%)
Suicidal ideation subgroups				
Multicenter				
Yes	9 (43.11)	28.62-58.88	0.48	95
No	1 (49.05)	43.98-54.14		N/A
Treatment regimen				
Outpatient	3 (55.39)	18.29-87.32	0.56	97
Inpatient	4 (45.78)	28.89-63.71		91
Both	3 (33.06)	16.02-56.11		95
Study quality				
High	7 (50.69)	36.16-65.10	0.09	94
Low	3 (28.06)	13.33-49.71		91
Suicide attempt subgroups				
Multicenter				
Yes	2 (26.87)	24.67-29.19	0.81	92
No	10 (27.92)	20.53-36.74		48
Treatment regimen				
Outpatient	5 (27.14)	20.33-35.21	0.52	79
Inpatient	4 (33.28)	17.50-53.97		95
Both	3 (23.12)	16.65-31.17		84
Study quality				
High	9 (31.00)	24.16-38.80	0.03	93
Low	3 (18.48)	11.73-27.89		74

95%CI = 95% confidence interval; I² = I-square statistic; N/A = not available.

Publication bias

Egger's regression test and funnel plot analysis revealed no potential publication bias for SI ($p = 0.365$) (**Supplementary Figure 1A**) or SA ($p\text{-value} = 0.714$) (**Supplementary Figure 1B**).

Discussion

Our findings indicate that there is a high prevalence of SI and SA among cocaine users who access health services: ranging from 27.71 to 43.59%. Similarly, a nationally representative household survey in Brazil detected a 40% and 20.8% prevalence of SI and SA, respectively, in a population of young adult and adult crack users.⁴³ However, a U.S. Street outreach study found higher rates among female African American cocaine users, 32% of whom reported at least one lifetime SA.⁴⁴

In clinical samples of individuals who use psychoactive substances, the prevalence of SI ranges from 17.4 to 49.5%, while SA ranges from 20 to 39%.^{45,46} A recent study observed that the prevalence of SI and SA was 26 and 34.6%, respectively, for crack users and 15.1 and 28.3%, respectively, for alcohol users.⁴⁷ In non-clinical samples, the lifetime prevalence of SA in alcohol dependent individuals is about 40%.⁴⁸ Other psychoactive substances are also associated with suicidal behavior. The prevalence of SI and SA among heroin users ranges from 13 to 34.2% and 9.5 to 40%, respectively.⁴⁹⁻⁵³ Another study found that the SA rate among non-institutionalized adolescent ecstasy users in the USA is identical to that of other drug addicts.⁵⁴ The prevalence of SA and SI is slightly lower among marijuana users (16.5 and 31.5%, respectively).⁵⁵ Taken together, these high prevalence rates indicate that SI and SA should be addressed in both clinical and home-based studies in this population.

In fact, individuals with suicidal thoughts, attempts, or plans have a greater predisposition to commit suicide than those who have never had them.^{56,57} This is especially relevant since alcohol is consumed by 43% of the global population,⁵⁸ 54.1% of the population in the Americas,^{51,53} and 30.1% of the Brazilian population.⁵⁹ The prevalence is similar for marijuana (7.7%), the most consumed illicit drug, followed by cocaine (3.1%), and crack (0.3%)(III Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil [III LNUD]).⁶⁰

In non-clinical and general populations, studies around the world have found a wide variation in SA prevalence, ranging from 7 to 20.3%, with a SI prevalence ranging

from 2.3 to 24.66%.⁶¹⁻⁶⁵ Higher estimates have been found in clinical samples, particularly in individuals with at least one psychiatric disorder. For instance, in individuals with major depressive disorder, the SI and SA prevalence is 37.1% and 24%, respectively.^{66,67} These rates are slightly lower than those observed in cocaine users. In individuals with other mental disorders, such as bipolar affective disorder, the prevalence of SI is very high (61%), although SA is lower (20%).⁶⁸⁻⁷⁰ The rates are also troubling in borderline personality disorder, ranging from 25 to 70% for SI and from 20 to 70% for SA.^{71,72} These rates are higher than those of the cocaine users in our meta-analysis. In patients with post-traumatic stress disorder (PTSD), SI and SA rates of 38.3% and 9.6%, respectively, were found.⁷³ Therefore, cocaine users have higher rates of suicidal behavior than PTSD patients. In addition, according to psychological autopsy reports, the prevalence of mental disorders among individuals with suicidal behavior was 69.6% in East Asia, 88.2% in North America, and 90.4% in South Asia.⁷⁴ These rates are higher than those of the cocaine users in our meta-analysis.

A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study that used suicide mortality data between 1990 and 2016 found a 6.7% increase in the number of suicide deaths, being one of the main causes worldwide of life-years lost.⁷⁵ Another review of cohort studies found that psychoactive substance users have a 10 to 20 times greater risk of death by suicide than non-users. Most of those deaths involve heavy use of alcohol, opiates, or amphetamines.^{76,77} In addition, a meta-analysis found a 41% prevalence of suicidal behavior among older adults with a substance use disorder.⁷⁸ In a sample from England and Wales, cocaine use was also associated with 8.4% of deaths by self-injury.⁷⁹ About 20% of the drug overdose deaths in the United States involve cocaine use.⁸⁰ Suicidality and substance use increases the burden on mental health services, and have relevant social and economic consequences. A recent study with young people found that substance use and SA increase the risk of hospitalization.^{81,82} In particular, cocaine users are often stigmatized and risk neglect in medical and psychiatric care.⁸³ Since a SA is the expression of suicidal thoughts or impulses, it is visible to professionals when a patient seeks health services. On the other hand, suicidal ideation, which was quite prevalent in the findings, is less visible: health professionals must actively search for it. These data show that the most vulnerable subjects must be identified early and offered personalized care, which will help prevent health system overload. A specific instrument or protocol that is short and

user-friendly would be a good way to standardize symptom screening in substance users.

Our analyses revealed high heterogeneity among the studies regarding the prevalence of suicidal behavior. To explain this phenomenon, subgroup analyses were conducted for potentially related factors. However, neither age, sex, multicenter study design, treatment regimen, or study quality were the source of this heterogeneity (except for study quality and SA prevalence). Other characteristics associated with suicidal behavior, such as mental disorders, family support, early trauma, and impulsiveness, might help explain these results. One systematic review identified social factors related to SAs, which included conflict, marital and economic problems, and educational failures.⁸⁴ However, it should be pointed out that most studies do not provide information about the other characteristics of these individuals, hampering deeper analyses that consider the joint influence of various factors on suicidal behavior.

Our review has other limitations. Most of the included studies were cross-sectional, so cause-and-effect relationships cannot be established. Cohort and longitudinal studies are needed for more robust conclusions about whether cocaine use directly influences suicide risk or if there is a dose-response relation between cocaine use and suicide. Moreover, since our goal was to assess the SI and SA prevalence among clinical populations of cocaine users, generalizations to non-clinical samples should be approached with caution. Despite these limitations, this systematic review and meta-analysis has some strengths: a broad search strategy was applied, and several databases were analyzed to increase search sensitivity and include the largest possible number of studies. In addition, most of the studies had good methodological quality, which allowed us to calculate the prevalence of the intended outcomes. Subgroup analysis was performed, when possible, to minimize bias.

This is the first systematic review with meta-analysis to evaluate suicidal behavior in a clinical population of cocaine users, among whom a high prevalence of SI and SA were observed. Due to these troubling findings in this vulnerable population, which are compounded by underestimation or underassessment, clinicians and even mental health professionals need greater awareness and training. Thus, it is relevant to include this condition in the development of public health policies, especially prevention strategies for this severe problem.

Acknowledgements

The authors wish to thank the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/PEC-PG-025/2018, finance code 001).

Disclosure

The authors report no conflicts of interest.

References

1. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Genebra: WHO; 2014.
2. World Health Organization (WHO). Suicide [Internet]. 2021 Jun 17 [cited 2022 Feb 7]. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide
www.who.int/mental_health/prevention/suicide
3. Borges G, Nock MK, Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization world mental health surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71:1617-28.
4. Bastos LF, <https://www.facebook.com/pahowho>. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Folha informativa: Suicídio [Internet]. [cited 2022 Feb 07]. www.paho.org/pt/topicos/suicidio
5. Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006.
6. Silverman MM. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 2006; 36:519-32.
7. Botega NJ, Barros MB, de Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Braz J Psychiatry*. 2005; 27:45-53.
8. Turecki G, Brent DA. Suicide, and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016; 387:1227-39.
9. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017; 143:187-232.
10. Breet E, Goldstone D, Bantjes J. Substance use and suicidal ideation and behaviour in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018; 18:549.

11. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Stajic M, Morgan EB, Mann JJ. Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period. *Am J Psychiatry*. 1992; 149:371-5.
12. Karch DL, Barker L, Strine TW. Race/ethnicity, substance abuse, and mental illness among suicide victims in 13 US states: 2004 data from the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev*. 2006;12 Suppl 2: ii22-7.
13. Ryb GE, Cooper CC, Dischinger PC, Kufera JA, Auman KM, Soderstrom CA. Suicides, homicides, and unintentional injury deaths after trauma center discharge: cocaine use as a risk factor. *J Trauma*. 2009; 67:490-6.
14. Narvaez JC, Jansen K, Pinheiro RT, Kapczynski F, Silva RA, Pechansky F, et al. Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Compr Psychiatry*. 2014; 55:1369-76.
15. Paim Kessler FH, Barbosa Terra M, Faller S, Ravy Stolf A, Carolina Peuker A, Benzano D, et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict*. 2012; 21:370-80.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339: b2535.
17. Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley & Sons; 2019.
18. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses [Internet]. [cited 2020 Jul 24]. www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
19. Shuster JJ. Review: Cochrane handbook for systematic reviews for interventions: version 5.1.0, update Mar 2011. *Res Synthesis Methods*. 2011; 201:126-30.
20. Higgins JP, Thompson DG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*. 2003; 327:557-60.
21. Viechtbauer W. Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *J Stat Softw*. 2010; 36:1-48.
22. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016; 5:210.
23. Lowenstein DH, Massa SM, Rowbotham MC, Collins SD, McKinney HE, Simon RP. Acute neurologic and psychiatric complications associated with cocaine abuse. *Am J Med*. 1987; 83:841-6.

24. Rich JA, Singer DE. Cocaine-related symptoms in patients presenting to an urban emergency department. *Ann Emerg Med.* 1991; 20:616-21.
25. Salloum IM, Cornelius JR, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry.* 1995; 152:358-64.
26. Dhossche D, Rubinstein J. Drug detection in a suburban psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry.* 1996; 8:59-69.
27. Roy A. Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide Life Threat Behav.* 2001; 31:194-6.
28. Garlow SJ. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:615-9.
29. Pérez J. Clínica de la adicción a la pasta base de cocaína. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2003; 41:55-63.
30. Cottler LB, Campbell W, Krishna VA, Cunningham-Williams RM, Abdallah AB. Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users. *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193:431-7.
31. Ilgen MA, Harris AH, Moos RH, Tiet QQ. Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007; 31:635-42.
32. Zubaran C, Foresti K, Thorell MR, Franceschini P, Homero W. Depressive symptoms in crack and inhalant users in Southern Brazil. *J Ethn Subst Abuse.* 2010; 9:221-36.
33. Bohnert AS, Roeder KM, Ilgen MA. Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: comparing correlates in a US National Study. *Drug Alcohol Depend.* 2011; 119:106-12.
34. Serfaty E, Desouches A, Bartoli CG, Rivera LE, Masaútis A. Consumo de tabaco, alcohol, drogas y su relación con los intentos de suicidio en población asistida en la guardia de un hospital general polivalente. *Psicofarmacol B Aires.* 2011; 11:9-19.
35. de Souza AM, de Melo Miranda MP, de Moura Souza E, Sartes LM, de Miranda CT. Ideação suicida e tentativa de suicídio entre usuários de crack. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2014; 16:115-21.
36. Masferrer L, Garre-Olmo J, Caparros B. Risk of suicide: its occurrence and related variables among bereaved substance users. *J Subst Use.* 2016; 21:191-7.
37. Walter KN, Petry NM. Lifetime suicide attempt history, quality of life, and objective functioning among HIV/AIDS patients with alcohol and illicit substance use disorders. *Int J STD AIDS.* 2016; 27:476-85.

38. Arias SA, Dumas O, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA Jr. Substance use as a mediator of the association between demographics, suicide attempt history, and future suicide attempts in emergency department patients. *Crisis*. 2016; 37:385-91.
39. da Silva DC, de Ávila AC, Yates MB, Cazassa MJ, Dias FB, Souza MH de, et al. Sintomas psiquiátricos e características sociodemográficas associados à tentativa de suicídio de usuários de cocaína e crack em tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2017; 66:89-95.
40. López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A, Haro B. Suicidal ideation and attempts in patients who seek treatment for substance use disorder. *Psychiatry Res*. 2018; 269:542-8.
41. Roglio VS, Borges EN, Rabelo-da-Ponte FD, Ornell F, Scherer JN, Schuch JB, et al. Prediction of attempted suicide in men and women with crack-cocaine use disorder in Brazil. *PLoS One*. 2020;15:e0232242.
42. Copersino ML, Jones H, Tuten M, Svikis D. Suicidal ideation among drug-dependent treatment-seeking inner-city pregnant women. *J Maint Addict*. 2008; 3:53-64.
43. Abdalla RR, Miguel AC, Brietzke E, Caetano R, Laranjeira R, Madruga CS. Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). *Braz J Psychiatry*. 2019; 41:437-40.
44. Vaszari JM, Bradford S, Callahan O'Leary C, Ben Abdallah A, Cottler LB. Risk factors for suicidal ideation in a population of community-recruited female cocaine users. *Compr Psychiatry*. 2011; 52:238-46.
45. Armoon B, SoleimanvandiAzar N, Fleury MJ, Noroozi A, Bayat AH, Mohammadi R, et al. Prevalence, sociodemographic variables, mental health condition, and type of drug use associated with suicide behaviors among people with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Addict Dis*. 2021; 39:550-69.
46. Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Res*. 2003; 121:99-103.
47. Camargo Jr EB, Fernandes MN, Gherardi-Donato EC. Comportamento suicida em usuários de crack e álcool. *Res Soc Dev*. 2020;9:e793974741.
48. Moreira CA, Marinho M, Oliveira J, Sobreira G, Aleixo A. Suicide attempts and alcohol use disorder. *Eur Psychiatry*. 2015; 30:1.
49. Zhong BL, Xie WX, Zhu JH, Lu J, Chen H. Prevalence and correlates of suicide attempt among Chinese individuals receiving methadone maintenance treatment for heroin dependence. *Sci Rep*. 2019; 9:15859.

50. Darke S, Ross J, Lynskey M, Teesson M. Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. *Drug Alcohol Depend.* 2004; 73:1-10.
51. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Mattick RP, Nelson E. Suicidal behaviour and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study. *Addiction.* 2007; 102:1933-41.
52. Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63:403-7.
53. Trémeau F, Darre A, Staner L, Corrêa H, Weibel H, Khidichian F, et al. Suicidality in opioid-dependent subjects. *Am J Addict.* 2008; 17:187-94.
54. Kim J, Fan B, Liu X, Kerner N, Wu P. Ecstasy use and suicidal behavior among adolescents: findings from a national survey. *Suicide Life Threat Behav.* 2011; 41:435-44.
55. Abdalla RR, Miguel AC, Brietzke E, Caetano R, Laranjeira R, Madruga CS. Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). *Braz J Psychiatry.* 2019; 41:437-40.
56. Viana GN, Zenkner F de M, Sakae TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr.* 2008; 57:38-43.
57. da Silva VF, de Oliveira HB, Botega NJ, Marín-León L, Barros MB, Dalgalarondo P. [Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study]. *Cad Saude Publica.* 2006; 22:1835-43.
58. Kessler F, Woody G, De Boni R, Von Diemen L, Benzano D, Faller S, et al. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: need for data and structure. *Public Health.* 2008; 122:1349-55.
59. Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas 2020. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2020.
60. Bastos FI, org. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT; 2017.
61. Bifftu BB, Tiruneh BT, Dachew BA, Guracho YD. Prevalence of suicidal ideation and attempted suicide in the general population of Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst.* 2021; 15:27.
62. Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Sung SC, Chiang HC, et al. Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *J Formos Med Assoc.* 2010; 109:138-47.
63. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56:617-26.

64. Borges G, Orozco R, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Díaz-Salazar J. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud Publica Mex.* 2019; 61:6-15.
65. Zygo M, Pawłowska B, Potembska E, Dreher P, Kapka-Skrzypczak L. Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Ann Agric Environ Med.* 2019; 26:329-36.
66. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychol Med.* 2019; 49:1691-704.
67. Cai H, Jin Y, Liu S, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, et al. Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of observation studies. *J Affect Disord.* 2021; 293:148-58.
68. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub.* 2014; 26:108-14.
69. Beyer JL, Weisler RH. Suicide behaviors in bipolar disorder: a review and update for the clinician. *Psychiatr Clin North Am.* 2016; 39:111-23.
70. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66:1456-62.
71. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry.* 2006; 163:20-6.
72. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. [Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review]. *Encephale.* 2008; 34:452-8.
73. Tarrier N, Gregg L. Suicide risk in civilian PTSD patients--predictors of suicidal ideation, planning and attempt. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39:655-61.
74. Cho SE, Na KS, Cho SJ, Im JS, Kang SG. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016; 190:704-13.
75. Naghavi M, Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *BMJ.* 2019; 364:194.
76. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76 Suppl:S11-9.
77. Lynch FL, Peterson EL, Lu CY, Hu Y, Rossom RC, Waitzfelder BE, et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study. *Addict Sci Clin Pract.* 2020; 15:14.

78. Ribeiro GC, Vieira W de A, Herval AM, Rodrigues RP, Agostini BA, Flores-Mir C, et al. Prevalence of mental disorders among elderly men: a systematic review and meta-analysis. *Sao Paulo Med J.* 2020; 138:190-200.
79. Bailey J, Kalk NJ, Andrews R, Yates S, Nahar L, Kelleher M, et al. Alcohol and cocaine use prior to suspected suicide: insights from toxicology. *Drug Alcohol Rev.* 2021; 40:1195-201.
80. Kariisa M, Scholl L, Wilson N, Seth P, Hoots B. Drug overdose deaths involving cocaine and psychostimulants with abuse potential - United States, 2003-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019; 68:388-95.
81. Bartoli F, Cavaleri D, Moretti F, Bachi B, Calabrese A, Callovini T, et al. Pre-discharge predictors of 1-year rehospitalization in adolescents and young adults with severe mental disorders: a retrospective cohort study. *Medicina (Kaunas).* 2020; 56:613.
82. Tedeschi F, Donisi V, Salazzari D, Cresswell-Smith J, Wahlbeck K, Amaddeo F. Clinical and organizational factors predicting readmission for mental health patients across Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020; 55:187-96.
83. Jorge MS, Quinderé PH, Yasui S, Albuquerque RA. [The ritual of crack consumption: socio-anthropological aspects and impacts on the health of users]. *Cien Saude Colet.* 2013; 18:2909-18.
84. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Asadollahi K, Carson KV, Sayehmiri K. Determination of the social related factors of suicide in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2013; 13:4.

6.2 Artigo 2: Prevalence of lifetime suicide attempts in individuals with alcohol user disorder a hierarchical analysis

Submetido para revisão na Brazilian Journal of Psychiatry **Manuscript ID BJP-2023-OA-3125- IF 2021: 6.328**

21/03/2023, 10:00

ScholarOne Manuscripts



Brazilian Journal of Psychiatry

[Home](#)

[Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Brazilian Journal of Psychiatry

Manuscript ID

BJP-2023-OA-3125

Title

PREVALENCE OF LIFETIME SUICIDE ATTEMPTS IN ALCOHOL USERS: A HIERARCHICAL ANALYSIS

Authors

Moçambique, Milton

Benzano, Daniela

Schuch, Jaqueline

Kessler, Felix

Diemen, Lisia

Pechansky, Flavio

Date Submitted

21-Mar-2023

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese de doutorado teve como resultado a produção de dois artigos: uma revisão sistemática e metanálise, e um estudo transversal.

No primeiro artigo, discutiu-se a prevalência de comportamento suicida em usuários de cocaína que procuram os serviços de saúde, comparado aos múltiplos fatores de risco de comportamento suicida. Mostrou-se que não existe diferença na prevalência de comportamento suicida em pacientes que acessam os serviços de saúde, se comparada com a observada em estudos domiciliares de usuários de cocaína. Os usuários de cocaína, independentemente de buscar ou não os serviços de saúde, são uma população com elevado risco de comportamento suicida.

O desconhecimento dos problemas que podem advir pelo uso de cocaína, da existência de tratamento e de que o uso de cocaína pode ser motivado por alguma doença mental de base faz com que muitos indivíduos não busquem ajuda, dificultando a adoção de medidas de tratamento e promoção de saúde. Outro problema é a falta de conhecimento, por parte dos pais, sobre o que fazer e quando suspeitar que um filho pode estar usando cocaína. Dada a complexidade destes casos, acredita-se que a presença do juízo crítico prejudicado em usuários de cocaína possa levar a uma má compreensão da necessidade de busca pelos serviços neste grupo de população; por isso, ensinar sobre o risco de desenvolver comportamento suicida deve ser um tema amplamente difundido, por meio de palestras nas escolas, comunidades e prisões, bem como em programas radiofônicos e televisivos, para que a escolha seja consciente, à semelhança do que acontece com as publicidades de cigarro, com os dizeres “FUMAR É UM RISCO PARA A SAÚDE”. Talvez essa estratégia não seja o suficiente, mas não se pode ignorar que é necessário começar de algum lugar, acreditando-se que a promoção de saúde é uma estratégia fundamental para prevenção do comportamento suicida.

Em usuários de outras substâncias, embora as taxas variem, nota-se uma elevada prevalência de comportamento suicida em amostra clínica e domiciliar de usuários de substâncias, se comparada com nossos resultados. Esta discussão leva-nos a concluir que o uso de substâncias é importante fator de risco de suicídio. Assim, em uma geração que vive uma pandemia de consumo de drogas, associada aos grandes debates da atualidade sobre substâncias lícitas e não lícitas, legalização do

consumo da maconha e o surgimento de novas substâncias psicoativas, a educação comunitária pode ser um meio fundamental de difusão desta problemática.

No segundo artigo, descreveu-se a prevalência de tentativa de suicídio na vida em usuários de álcool e identificados os fatores de risco relacionados com as altas taxas de prevalência.

O trauma na infância e as situações de abuso ou negligência provocam uma dor psíquica intolerável e marcante, muitas vezes prejudicando, inclusive, o teste de realidade, ou, quando este não é prejudicado, atingem os mecanismos de defesa do sujeito. Esses “ecos” dentro do indivíduo, se não tratados por meio de acompanhamento psiquiátrico, psicológico e apoio espiritual, podem provocar o desejo de interromper a vida. Acredita-se que o receio do descrédito e o medo de falar sobre o abuso pelo qual o sujeito passa contribuem para o desenvolvimento de estratégias desadaptativas para lidar com a situação.

Outro dilema é o receio da falta de provisão, a vergonha na vizinhança pelo fato de a maioria dos abusadores serem familiares ou pessoas próximas às vítimas, o que faz com que as famílias temam denunciar o que ocorre. Por isso mesmo, quando as crianças e jovens comunicam a família sobre o sucedido, há sempre uma tentativa de evitar a denúncia ou a busca por auxílio psicológico. É de lamentar que a sociedade, em alguns casos, tenha a crença de que as vítimas mereceram o abuso pela forma de vestir ou mesmo por terem se insinuado – em particular, as mulheres. Acredita-se que medidas de divulgação e de incentivo à denúncia dos atos de abuso, independentemente do grau do parentesco, ajudariam na prevenção do problema. A criação de centros de apoio e acolhimento e o auxílio financeiro poderiam estimular o abusado ou mesmo as famílias a buscarem ajuda.

Os transtornos de personalidade *borderline* têm como um fator de risco o histórico de traumas na infância e como sintoma o comportamento suicida. Como os indivíduos percebem ou interpretam os eventos à sua volta, o seu funcionamento e a resposta emocional frente às suas demandas contribuem para as altas prevalências de comportamento suicida entre eles e dificulta o tratamento do quadro, com o agravante de não existir um tratamento farmacológico específico. Tratando-se de um problema de saúde pública, a conscientização dos profissionais de saúde sobre este transtorno, associada à habilidade para diagnosticá-lo, contribuiria para a identificação dos sujeitos acometidos, assim facilitando o acompanhamento e tratamento. Com estratégias de enfrentamento saudáveis, pode-se desenvolver um adulto saudável,

capaz de lidar com as suas demandas sem se envolver em comportamentos autolesivos. Outro problema envolve a dificuldade que os pacientes apresentam para vincular-se ao tratamento, a contratransferência que geram nos terapeutas e a pouca experiência destes em lidar com esses pacientes, fazendo com que muitos profissionais não consigam auxiliar de forma efetiva. A capacitação dos profissionais para lidar com essas demandas e o domínio de algumas terapias específicas, como a terapia dialética comportamental, a terapia de esquema e a terapia familiar, seriam ótimas ferramentas para prevenção, mas, na realidade, ainda há escassez de profissionais capacitados. Sugere-se que políticas possam priorizar a formação e a disponibilidade de profissionais para atender a estas demandas.

A impulsividade esteve relacionada com tentativa de suicídio e indivíduos com transtorno por uso de álcool. É de nosso conhecimento que indivíduos que tenham sofrido trauma na infância demonstrem uma forte predisposição a desenvolverem transtorno de personalidade *borderline* e transtorno por uso de substâncias, sendo mais impulsivos que a população em geral. Não há como separar a impulsividade como um fator de risco isolado, mas supõe-se que ela faça parte de uma característica dos diferentes fatores de risco estudados nesta tese e que valeria a pena investigar a presença de impulsividade nos pacientes com transtorno por uso de substâncias e outras patologias psiquiátricas.

Vários estudos apontam para os transtornos de humor como principal fator de risco para suicídio, porém, nossos achados foram diferentes. Visto que nenhum fator de risco por si só explica o comportamento suicida, nossos achados não podem ser interpretados como contraditórios, entendendo-se que, em um determinado momento, um fator de risco presente na vida do indivíduo pode ser determinante para o comportamento suicida. Ninguém sabe o que se passa na cabeça de um paciente com comportamento suicida, mas explorar ou excluir todos os possíveis fatores de risco pode ajudar-nos a fazer uma abordagem individualizada ou em *clusters*.

Há desafios pela frente, e esta é a conclusão a que se chega após a experiência de pesquisar um tema tão delicado como o comportamento suicida em usuários de cocaína e álcool. Este tema é de extrema relevância, e, apesar do conhecimento já produzido e resumido em metanálises e em outros artigos versando sobre este comportamento e os fatores de risco associados, a Psiquiatria e o sistema de saúde ainda enfrentam um grande desafio em busca de respostas, estratégias e políticas de prevenção. Planos de governo e políticas públicas precisam integrar estratégias

preventivas e diagnósticas com serviços de tratamento, estes últimos com foco em intervenções breves baseadas em evidências, que podem incluir treinamento em habilidades de resolução de problemas e autorregulação emocional para populações-alvo (153).

A introdução de disciplinas como Moral e Ética desde o ensino primário pode auxiliar na discussão desses problemas e, logo de início, trazer ao conhecimento dos adolescentes e jovens que, embora eles possam optar pelas drogas, existem melhores opções para lidar com as demandas sociais, tais como: a revitalização das brincadeiras da infância, que têm sido substituídas pela maior permanência em frente às telas de TV, de celulares ou de *tablets* de forma precoce e com acesso à internet; a prática de atividade física; o pertencimento a grupos culturais; a promoção de campeonatos de futebol, basquetebol, xadrez e outras atividades em que a venda de drogas lícitas e ilícitas é proibida, com maior enfoque na difusão da informação sobre os malefícios do uso das drogas e, na prática da espiritualidade.

Esta tese traz como contribuição a ênfase no impacto que o uso de cocaína e álcool pode trazer à Psiquiatria e à saúde mental, em especial para os sistemas de saúde e os pacientes. Muitos dos desafios atualmente presentes neste grupo de sujeitos podem ser solucionados com o desenvolvimento de ações, práticas e estratégias de enfrentamento saudáveis para lidar com as demandas da vida e a prática da psiquiatria individualizada, centrada nas características e necessidades de cada indivíduo.

Concluindo, é importante refletir sobre as abordagens que visam diminuir os níveis de estresse e melhorar o bem-estar por meio de técnicas de *mindfulness* e abordagens de psicologia positiva focadas nas emoções – como gratidão e perdão – e treinamento em otimismo e transcendência (por exemplo, espiritualidade) e estimular autocompaixão nos pacientes.

Cabe dizer que percepções sobre o comportamento suicida não refletem a realidade em Moçambique, uma vez que o primeiro artigo foi uma revisão sistemática e o segundo foi um estudo transversal de uma população de Porto Alegre. No entanto, a compreensão dos problemas abordados agrega conhecimento e ferramentas para replicação das pesquisas, tendo em mente as limitações encontradas. Assim, tais estudos devem figurar entre as publicações futuras desta linha de pesquisa em Moçambique.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. *Suicídio Uma Morte Evitável*. 2006;250–250.
2. WHO | Suicide data [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 21 de julho de 2020].
3. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência/Risk and protection factors in suicide ideation among adolescents. *Rev Interam Psicol*. 1º de julho de 2005;39(2):259–67.
4. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *Am J Psychiatry*. julho de 2007;164(7):1035–43.
5. EL SUICIDIO, COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN. :22.
6. Silverman MM. The Language of Suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. outubro de 2006;36(5):519–32.
7. Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. Emergências psiquiátricas. *Emergências Psiquiátricas*. 2001;292–292.
8. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 12 de junho de 2022].
9. Bastos LFCS, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Suicídio | OPAS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 21 de julho de 2022].
10. WHO | Preventing suicide: A global imperative [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 21 de julho de 2020]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
11. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 6 de fevereiro de 2019;194.
12. Caine ED. Suicide and Attempted Suicide in the United States During the 21st Century. *JAMA Psychiatry*. 1º de novembro de 2017;74(11):1087.
13. Suicide worldwide in 2019 [Internet]. [citado 1º de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
14. Shneidman ES. *The Suicidal Mind*. Oxford University Press; 1998. 212 p.

15. Paim Kessler FH, Barbosa Terra M, Faller S, Ravy Stolf A, Carolina Peuker A, Benzano D, et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict.* agosto de 2012;21(4):370–80.
16. Baechler J. A Strategic Theory. *Suicide Life Threat Behav.* junho de 1980;10(2):70–99.
17. Troister T, Holden RR. A Two-Year Prospective Study of Psychache and its Relationship to Suicidality Among High-Risk Undergraduates: A Prospective Study of Psychache. *J Clin Psychol.* setembro de 2012;68(9):1019–27.
18. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev.* 1990;97(1):90–113.
19. Ramsay R. Cry of Pain: Understanding Suicide and Self-harm. *J R Soc Med.* 1º de março de 1998;91(3):171–2.
20. O'Connor RC, O'Connor DB. Predicting hopelessness and psychological distress: The role of perfectionism and coping. *J Couns Psychol.* 2003;50(3):362–72.
21. Taylor PJ, Wood AM, Gooding P, Tarrrier N. Appraisals and Suicidality: The Mediating Role of Defeat and Entrapment. *Arch Suicide Res.* 28 de julho de 2010;14(3):236–47.
22. Johnson J, Tarrrier N, Gooding P. An investigation of aspects of the cry of pain model of suicide risk: The role of defeat in impairing memory. *Behav Res Ther.* 1º de agosto de 2008;46(8):968–75.
23. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci.* outubro de 2003;4(10):819–28.
24. Van Heeringen K. Towards a psychobiological model of the suicidal process In van Heeringen K., editor.(Ed.), *Understanding suicidal behaviour: The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 136–162). West Sussex, United Kingdom: Wiley; 2001.
25. Karthick S, Barwa S. A review on theoretical models of suicide. *Int J Adv Sci Res.* 30 de setembro de 2017;3(9):101.
26. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. [Increasing trends in screening for addictive behaviors among general practitioners in France]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2011;59(5):285–94.
27. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2009. viii, 377 p. (Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications).
28. Cha CB, Najmi S, Park JM, Finn CT, Nock MK. Attentional bias toward suicide-related stimuli predicts suicidal behavior. *J Abnorm Psychol.* 2010;119(3):616–22.

29. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull.* dezembro de 2017;143(12):1313–45.
30. Joiner T. *Why People Die by Suicide.* Harvard University Press; 2007. 287 p.
31. Christensen H, Batterham PJ, Mackinnon AJ, Donker T, Soubelet A. Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. *Psychiatry Res.* 2014;219(2):290–7.
32. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575–600.
33. Shneidman ES. Commentary: Suicide as Psychache: *J Nerv Ment Dis.* março de 1993;181(3):145–7.
34. Spallek J, Reeske A, Norredam M, Nielsen SS, Lehnhardt J, Razum O. Suicide among immigrants in Europe--a systematic literature review. *Eur J Public Health.* 1º de fevereiro de 2015;25(1):63–71.
35. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 5 de setembro de 2018;373(1754):20170268.
36. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *Int J Cogn Ther.* junho de 2015;8(2):114–29.
37. Schotte DE, Clum GA. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol.* 1987;55(1):49–54.
38. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1º de dezembro de 1991;50(2):179–211.
39. Gilbert P, ALLAN S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychol Med.* 1º de junho de 1998;28:585–98.
40. Teasdale JD, Dent J. Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *Br J Clin Psychol.* maio de 1987;26(2):113–26.
41. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet Lond Engl.* 19 de março de 2016;387(10024):1227–39.
42. Appleby L, Kapur N, Shaw J, Hunt I, Ibrahim S, Turnbull P, et al. *National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health: Annual Report: England, Northern Ireland, Scotland and Wales.* 2019;
43. Lutz PE, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry.* outubro de 2017;22(10):1395–412.

44. Barzilay S, Feldman D, Snir A, Apter A, Carli V, Hoven CW, et al. The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *J Affect Disord.* 1º de setembro de 2015;183:68–74.
45. Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal Behavior Runs in Families: A Controlled Family Study of Adolescent Suicide Victims. *Arch Gen Psychiatry.* 1º de dezembro de 1996;53(12):1145–52.
46. McGirr A, Alda M, Séguin M, Cabot S, Lesage A, Turecki G. Familial Aggregation of Suicide Explained by Cluster B Traits: A Three-Group Family Study of Suicide Controlling for Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry.* 1º de outubro de 2009;166(10):1124–34.
47. Chong SC. Psychological impact of coronavirus outbreak on borderline personality disorder from the perspective of mentalizing model: A case report. *Asian J Psychiatry.* 2020;52:102130.
48. Wu: The psychological impact of the SARS epidemic... - Google Académico [Internet]. [citado 17 de abril de 2022].
49. Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Fabricant LE, Olatunji BO. Psychological predictors of anxiety in response to the H1N1 (swine flu) pandemic. *Cogn Ther Res.* 2012;36(3):210–8.
50. Yip PSF, Cheung Y t., Chau P h., Law Y w. The Impact of Epidemic Outbreak. *Crisis.* 1º de março de 2010;31(2):86–92.
51. Wasserman IM. The Impact of Epidemic, War, Prohibition and Media on Suicide: United States, 1910–1920. *Suicide Life Threat Behav.* 1992;22(2):240–54.
52. Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23(12):1231–8.
53. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.* fevereiro de 2021;5(2):229–38.
54. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, González-Forteza C, Hermosillo-de-la-Torre AE, Benjet C, et al. Comparison of suicide attempts among nationally representative samples of Mexican adolescents 12 months before and after the outbreak of the Covid-19 pandemic. *J Affect Disord.* 1º de fevereiro de 2022;298:65–8.
55. Jerónimo MÁ, Piñar S, Samos P, González AM, Bellsolà M, Sabaté A, et al. Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 19 de novembro de 2021 [citado 2 de novembro de 2022]; Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989121001269>
56. Chen H, Zhang K, Li H, Li M, Li S. Trends in online searching toward suicide pre-, during, and post the first wave of COVID-19 outbreak in China. *Front Psychiatry.* 2022;13:947765.

57. Travis-Lumer Y, Kodesh A, Goldberg Y, Frangou S, Levine SZ. Attempted suicide rates before and during the covid-19 pandemic: Interrupted time series analysis of a nationally representative sample. *Psychol Med*. 2021;No Pagination Specified-No Pagination Specified.
58. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. *Nat Rev Neurosci*. dezembro de 2014;15(12):802–16.
59. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry*. agosto de 2008;193(2):134–9.
60. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. janeiro de 2000;30(1):23–39.
61. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2005;133C(1):13–24.
62. Brezo J, Bureau A, Mérette C, Jomphe V, Barker ED, Vitaro F, et al. Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene–environment study. *Mol Psychiatry*. agosto de 2010;15(8):831–43.
63. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 15 de dezembro de 2010;71(12):1617–28.
64. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, Frisell T, Carlström E, Lichtenstein P, et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med*. dezembro de 2011;41(12):2527–34.
65. The PsychENCODE Consortium*. Revealing the brain’s molecular architecture. *Science*. 14 de dezembro de 2018;362(6420):1262–3.
66. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry*. junho de 2014;1(1):63–72.
67. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P, et al. Candidate Endophenotypes for Genetic Studies of Suicidal Behavior. *Biol Psychiatry*. abril de 2009;65(7):556–63.
68. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJG, ten Have M, et al. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts: A Population-Based Longitudinal Study of Adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1º de novembro de 2005;62(11):1249–57.
69. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. fevereiro de 2016;43:30–46.

70. Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S, Courtet P. The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry*. agosto de 2011;12(5):319–39.
71. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry*. 17 de novembro de 2015;16(8):544–66.
72. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides: A Meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 1º de fevereiro de 2004;4:37.
73. Association (APA) AP. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed Editora; 2014. 812 p.
74. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primer*. 24 de outubro de 2019;5(1):1–22.
75. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. abril de 2003;33(3):395–405.
76. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*. 8 de maio de 1999;318(7193):1235–9.
77. Kapur N, Ibrahim S, While D, Baird A, Rodway C, Hunt IM, et al. Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997–2012: a before-and-after study. *Lancet Psychiatry*. 1º de junho de 2016;3(6):526–34.
78. Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, et al. Association between completed suicide and bipolar disorder: A systematic review of the literature. *J Affect Disord*. janeiro de 2019;242:111–22.
79. Malhi GS, Outhred T, Das P, Morris G, Hamilton A, Mannie Z. Modeling suicide in bipolar disorders. *Bipolar Disord*. 2018;20(4):334–48.
80. Abdalla RR, Miguel AC, Brietzke E, Caetano R, Laranjeira R, Madruga CS. Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). *Braz J Psychiatry São Paulo* 1999 Impr. outubro de 2019;41(5):437–40.
81. López L. EK, Medina Mora ME, Villatoro JA, Juárez F, Carreño S, Berenzon S, et al. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas: resultado de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Ment*. dezembro de 1995;18(4):25–32.
82. kaya hasan, kaya ozlem, Dilbaz N. Genetics of Alcohol Use Disorder. *Curr Addict Res*. 2017;1(1):1.
83. Mira ML, Manso CF. Alcool e radicais livres de oxigênio. *Acta Médica Port*. 1993;6(5):193–8.

84. The Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol Health Res World*. 1995;19(3):228–36.
85. Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [citado 3 de setembro de 2022].
86. Wang F, Simen A, Arias A, Lu QW, Zhang H. A large-scale meta-analysis of the association between the ANKK1/DRD2 Taq1A polymorphism and alcohol dependence. *Hum Genet*. 1º de março de 2013;132(3):347–58.
87. Limberger J, Andretta I. Habilidades Sociais e Comorbidades Psiquiátricas de Mulheres Usuárias de Crack. *Estud E Pesqui Em Psicol*. 9 de julho de 2018;17(1):103–17.
88. WHO | World Health Statistics data visualizations dashboard | Suicide [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 27 de novembro de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
89. Haw C, Hawton K, Casey D, Bale E, Shepherd A. Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1º de dezembro de 2005;40(12):964–71.
90. Hung GCL, Cheng CT, Jhong JR, Tsai SY, Chen CC, Kuo CJ. Risk and protective factors for suicide mortality among patients with alcohol dependence. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(12):18462.
91. Conner KR, Bagge CL. Suicidal Behavior. *Alcohol Res Curr Rev*. 13 de setembro de 2019;40(1):arcr.v40.1.02.
92. Cohen GH, Fink DS, Sampson L, Tamburrino M, Liberzon I, Calabrese JR, et al. Coincident alcohol dependence and depression increases risk of suicidal ideation among Army National Guard soldiers. *Ann Epidemiol*. 2017;27(3):157–63.
93. Britton PC, Stephens B, Wu J, Kane C, Gallegos A, Ashrafioun L, et al. Comorbid depression and alcohol use disorders and prospective risk for suicide attempt in the year following inpatient hospitalization. *J Affect Disord*. 2015;187:151–5.
94. Sher L, Oquendo MA, Richardson-Vejlgaard R, Makhija NM, Posner K, Mann JJ, et al. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. *J Psychiatr Res*. 2009;43(10):901–5.
95. Bagge CL, Littlefield AK, Conner KR, Schumacher JA, Lee HJ. Near-term predictors of the intensity of suicidal ideation: An examination of the 24h prior to a recent suicide attempt. *J Affect Disord*. agosto de 2014;165:53–8.
96. Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, Conner KR, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*. abril de 2017;47(5):949–57.

97. Park CHK, Yoo SH, Lee J, Cho SJ, Shin MS, Kim EY, et al. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. *Compr Psychiatry*. maio de 2017;75:27–34.
98. Perez J, Beale E, Overholser J, Athey A, Stockmeier C. Depression and alcohol use disorders as precursors to death by suicide. *Death Stud*. 16 de março de 2022;46(3):619–27.
99. Flensburg-Madsen T, Knop J, Mortensen EL, Becker U, Sher L, Grønbaek M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide — Irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Res*. 15 de maio de 2009;167(1):123–30.
100. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187–232.
101. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health Oxf Engl*. 2016;38(3):e282–91.
102. Laranjeira R, Dunn J, de Araújo MR. Álcool e drogas na sala de emergência. :66.
103. Regional Status Report on Alcohol and Health 2020. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2020.
104. Saúde FOCI de C e IC e T em. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. 3rd National survey on drug use by the brazilian population [Internet]. 2017 [citado 12 de maio de 2021]; Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
105. Ulbricht S, Gross B, Kunstmann W, Meyer C, John U. [The manual “Problematic use and dependence of prescribed drugs” in daily routine care - a study among participants in a training to qualify in “primary addiction treatment”]. *Dtsch Med Wochenschr* 1946. 2011;136(49):2537–41.
106. Os efeitos da cocaína no cérebro [Internet]. [citado 6 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://cerebromente.org.br/n08/doencas/drugs/anim1.htm>
107. Bear Mark F, Connors Barry W , Paradiso Michael A M. Masson-Williams & Wilkins. Barcelona; 1998. 662 p.
108. Wexler BE, Gottschalk CH, Fulbright RK, Prohovnik I, Lacadie CM, Rounsaville BJ, et al. Functional Magnetic Resonance Imaging of Cocaine Craving. *Am J Psychiatry*. 1º de janeiro de 2001;158(1):86–95.
109. Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex. *Cereb Cortex*. 1º de março de 2000;10(3):318–25.

110. Conner KR, Bagge CL, Goldston DB, Ilgen MA. Alcohol and Suicidal Behavior. *Am J Prev Med.* setembro de 2014;47(3):S204–8.
111. Bagge CL, Lee HJ, Schumacher JA, Gratz KL, Krull JL, Holloman G. Alcohol as an Acute Risk Factor for Recent Suicide Attempts: A Case-Crossover Analysis. *J Stud Alcohol Drugs.* julho de 2013;74(4):552–8.
112. Caswell AJ, Morgan MJ, Duka T. Acute alcohol effects on subtypes of impulsivity and the role of alcohol-outcome expectancies. *Psychopharmacology (Berl).* 1º de setembro de 2013;229(1):21–30.
113. Heinz A, Mann K, Weinberger DR, Goldman D. Serotonergic Dysfunction, Negative Mood States, and Response to Alcohol. *Alcohol Clin Exp Res.* abril de 2001;25(4):487–95.
114. de Araujo MR, Laranjeira R, Dunn J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. :27.
115. Kalina E. Os efeitos das drogas no cérebro humano: a contribuição das neurociências no campo da dependência química. *Os Efeitos Drog No Cérebro Hum Contrib Neurociências No Campo Dependência Quím.* 1997;149–149.
116. Bock GR, Whelan J. *Cocaine: Scientific and Social Dimensions.* John Wiley & Sons; 2008. 319 p.
117. Yang X, Zhang H, Lai J. [Alcohol dependence mediated by monoamine neurotransmitters in the central nervous system]. *Yi Chuan Hered.* 1º de janeiro de 2014;36(1):11–20.
118. Ryb GE, Cooper CC, Dischinger PC, Kufera JA, Auman KM, Soderstrom CA. Suicides, homicides, and unintentional injury deaths after trauma center discharge: cocaine use as a risk factor. *J Trauma.* setembro de 2009;67(3):490–6; discussion 497.
119. Bastos FIPM, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? [Internet]. ICICT/FIOCRUZ; 2014 [citado 22 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>
120. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):173–81.
121. Bastos LFCS, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Suicídio | OPAS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 13 de agosto de 2022].
122. Souza V dos S, Alves M da S, Silva LA, Lino DCSF, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J Bras Psiquiatr.* 2011;60(4):294–300.

123. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K, The Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* setembro de 2008;13(5):243–56.
124. Ilgen MA, Harris AHS, Moos RH, Tiet QQ. Predictors of a Suicide Attempt One Year After Entry Into Substance Use Disorder Treatment. *Alcohol Clin Exp Res.* 27 de fevereiro de 2007;0(0):070227012339010-???
125. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry.* maio de 2010;23(3):195–204.
126. Roglio VS, Borges EN, Rabelo-da-Ponte FD, Ornell F, Scherer JN, Schuch JB, et al. Prediction of attempted suicide in men and women with crack-cocaine use disorder in Brazil. De Luca V, organizador. *PLOS ONE.* 4 de maio de 2020;15(5):e0232242.
127. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 20 de maio de 2015 [citado 24 de julho de 2020];10(5). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439031/>
128. McLELLAN AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients: The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis.* janeiro de 1980;168(1):26–33.
129. Kessler F, Cacciola J, Alterman A, Faller S, Souza-Formigoni ML, Cruz MS, et al. Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. :10.
130. Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, Manfro GG, et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLOS ONE.* 27 de janeiro de 2014;9(1):e87118.
131. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 1º de fevereiro de 2003;27(2):169–90.
132. Malloy-Diniz LF, Paula JJ de, Vasconcelos AG, Almondes KM de, Pessoa R, Faria L, et al. Normative data of the Barratt Impulsiveness Scale 11 (BIS-11) for Brazilian adults. *Braz J Psychiatry.* setembro de 2015;37:245–8.
133. Reise SP, Moore TM, Sabb FW, Brown AK, London ED. The Barratt Impulsiveness Scale–11: Reassessment of its structure in a community sample. *Psychol Assess.* 2013;25(2):631–42.
134. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JA de S, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV - Clinical Version translated into Portuguese. *Braz J Psychiatry.* setembro de 2001;23:156–9.

135. MohammadKhani P, Jahani A, Far ST. Structured clinical interview for DSM disorders. Tehran Faradid Publ. 2005;12–85.
136. Armoon B, SoleimanvandiAzar N, Fleury MJ, Noroozi A, Bayat AH, Mohammadi R, et al. Prevalence, sociodemographic variables, mental health condition, and type of drug use associated with suicide behaviors among people with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Addict Dis.* 1º de outubro de 2021;39(4):550–69.
137. Roy A. Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Res.* 1º de novembro de 2003;121(1):99–103.
138. Moçambique M, Hoffmann A, Roglio VS, Kessler FHP, Dalbosco C, Schuch JB, et al. Prevalence of suicide in cocaine users accessing health services: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry.* 2022;44(4):441–8.
139. Júnior EBC, Fernandes MN de F, Gherardi-Donato EC da S. Comportamento suicida em usuários de crack e álcool. *Res Soc Dev.* 14 de junho de 2020;9(7):e793974741–e793974741.
140. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA.* 26 de dezembro de 2001;286(24):3089–96.
141. Azadi S, Khosravani V, Naragon-Gainey K, Bastan FS, Mohammadzadeh A, Ghorbani F. Early Maladaptive Schemas Are Associated with Increased Suicidal Risk among Individuals with Schizophrenia. *Int J Cogn Ther.* 1º de dezembro de 2019;12(4):274–91.
142. Roy A. Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;31(2):194–6.
143. Gunderson JG, Links PS. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide.* Washington: American Psychiatric Pub. Inc; 2001.
144. Perry JC. Longitudinal studies of personality disorders. *J Personal Disord.* 1993;Suppl 1:63–85.
145. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Personal Disord.* 2004;18(3: Special issue):226–39.
146. Yen S, Peters JR, Nishar S, Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, et al. Association of borderline personality disorder criteria with suicide attempts: Findings from the collaborative longitudinal study of personality disorders over 10 years of follow-up. *JAMA Psychiatry.* 2021;78(2):187–94.
147. Zanarini MC, Frankenburg FR. The Essential Nature of Borderline Psychopathology [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.518>. Guilford Publications Inc.; 2007 [citado 1º de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi.2007.21.5.518>

148. Téllez-Vargas J. Impulsividad y suicidio.
149. Suicidal ideation, problem solving, expression of anger and impulsiveness in dependents on psychoactive substances - ProQuest [Internet]. [citado 26 de outubro de 2022].
150. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Ménard-Buteau C, et al. Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1063–8.
151. Kellermann AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Banton JG, et al. Suicide in the Home in Relation to Gun Ownership. *N Engl J Med*. 13 de agosto de 1992;327(7):467–72.
152. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased Impulsivity Associated With Severity of Suicide Attempt History in Patients With Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. setembro de 2005;162(9):1680–7.
153. Roglio VS, Kessler FHP. Drugs and suicidal behavior: a call for positive, broad and preventive interventions. *Braz J Psychiatry*. 17 de outubro de 2019;41:373–4.

ANEXO A – ESCALA DE GRAVIDADE DA DEPENDÊNCIA

ASI6

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index

(ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Estudo: _____
Número Protocolo: _____
Examinador: _____
Data da Aplicação: ____/____/____

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 – 1 – 2 – 3 – 4	M24	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Álcool	D22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Drogas	D47	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D48	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Legal	L25	0 – 1 – 2 – 3 – 4	---	-----
Lazer	F22	-----	---	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Família/Soc.	F14	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F15	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Trauma	F38	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F39	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Filhos	F48	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F49	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Psiquiátrica	P20	0 – 1 – 2 – 3 – 4	P21	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Códigos para aplicação
do instrumento:

- X – não sabe ou não entendeu a questão
- N – não se aplica
- Q – não quis responder
- B – o entrevistador deixou em branco incorretamente

Resultado do teste de urina:

Positivo Negativo

ASI6

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b.... últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

- 1. Emprego
- 2. Aposentadoria
 - ex. pensão, seguro social (INSS)
- 3. Invalidez / Incapacidade
 - ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- 4. Seguro desemprego
- 5. Assistência pública ou governamental
 - ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- 7. Família, amigos ou sócios
- 8. Dinheiro ilegal
- 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
 - ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
- 10. Outras, ex. economias, etc:
 - Especifique: _____
- 11. Bicos
- 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular? ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? 1 – Sim, 0 – Não
- exclua dinheiro de atividades ilegais

Comentários: _____

ASI6

Drogas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas? – inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 → D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação? – desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quantos dias você:

- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)? A. Últimos 6 meses B. 30 Dias 000 → D5
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas? 000 → D6 ex. disulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc. – exclua medicações para dependência de nicotina.
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou na vida → D8]
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos Meses

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana? 00 → D10 – exclua períodos sem álcool
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 → D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia? 0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana 1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente 2 – 1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 → D20

¹ Um drinque: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

- D14. Quando você bebeu pela última vez? [00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]
- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?
- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões; ou teve problema com a lei? 1 – Sim, 0 – Não
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 → D23
- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

Comentários:

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pré-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína inalada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Crack/Merla/Oxi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D29. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D30. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Comentários adicionais:

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

- | | |
|----------------------|---|
| 01 – Álcool | 07 – Heroína |
| 02 – Maconha | 08 – Metadona |
| 03 – Sedativos | 09 – Outros Opióides |
| 04 – Cocaína / Crack | 10 – Inalantes |
| 05 – Estimulantes | 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina) |
| 06 – Alucinógenos | 12 – Nenhuma |

Rota(s) de Administração
De que forma você já usou _____?

<p>Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>
<p>Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <p>12 → D37</p>	<p>B. Na vida [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada</p>	<p>C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam]</p> <p>__1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso</p>

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)
e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

ASI6

- L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias
 – portou arma sem licença,
 envolveu-se com prostituição,
 cafetinagem ou jogo ilegal, etc.
 [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]
- L30c. Carregar uma arma sem licença
- L30d. Prostituição / cafetinagem.....
- L30e. Jogo ilegal.....
- L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?
- L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool?

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 – Sim, 0 – Não
 [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem?
 – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.
 [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:

- A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
 B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.
 ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
 C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

- | (1 – Sim, 0 – Não) | A. Parceiro(s) | B. Parentes Adultos | C. Amigos Íntimos |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| F3. <u>passou tempo</u> (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F4. teve qualquer <u>contato</u> , como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: ..
– se F3+F4 = 0, Pule para F9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F6. teve problema de relacionamento c/..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F7. teve qualquer <u>discussão</u> com: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias | | | |
| F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? 1 – Sim, 0 – Não

Comentários:

² Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas? 1 – Sim, 0 – Não
- F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? 1 – Sim, 0 – Não ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.
- F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)? 1 – Sim, 0 – Não
- F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas? 1 – Sim, 0 – Não
- F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas? 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

- F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua reuniões de auto-ajuda ou AA
- F20. você fez algum trabalho voluntário? 1 – Sim, 0 – Não
- F21. você frequentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre? 1 – Sim, 0 – Não
- F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

- F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia? 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 → F26
- F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F25. Quando isso aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás

ASI6

- F26. Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 → F29
- F27. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás
- F29. Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? – exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas – exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra 0 → F32
- F30. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás
- F32. Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? 0 → F35
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra – exclua abuso, crimes violentos como descritos acima
- F33. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás
- F35. Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? – exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32 0 → NOTA
- F36. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37. Quando aconteceu pela última vez? – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás
- [NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]
- F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? – inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F39. Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.

- F40. Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? 00 → F45
- F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?
- | | | | |
|---------|----------------------|----------|----------------------|
| Filho 1 | <input type="text"/> | Filho 6 | <input type="text"/> |
| Filho 2 | <input type="text"/> | Filho 7 | <input type="text"/> |
| Filho 3 | <input type="text"/> | Filho 8 | <input type="text"/> |
| Filho 4 | <input type="text"/> | Filho 9 | <input type="text"/> |
| Filho 5 | <input type="text"/> | Filho 10 | <input type="text"/> |

- [NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]
- F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 – Sim, 0 – Não
- F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? Filhos
– inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial
- F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? – codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não
- [NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]
- F46. Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças
0 → F48
- F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F48. Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F49. Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você? – aconselhamento atual ou adicional
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F50. Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 – Sim, 0 – Não
- F51. Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não
[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]
- F52. Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? 1 – Sim, 0 – Não
- F53. Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso? – teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 – Sim, 0 – Não
- F54. Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não

ASI6

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1 – Ruim, 2 – Satisfatória, 3 – Boa

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

Lista de Álcool e Outras Drogas

Álcool – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, run, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha – cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhong, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriental), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

Sedativos – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepam, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, branca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, “crack”, free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos internautas”, “pílula do vento” ou “pílula do medo”.

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), “Mitsubish”.

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chnook, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcán), naltrexona (revia), diprenorfina, β-funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dormot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K” ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

Principais Grupos de Ocupação

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checkadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e gruas, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

ASI6

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Informações Sociodemográficas

PROCOLO: _____ INICIAIS: _____

PRONTUÁRIO HCPA: _____

AVALIADOR: _____ DATA: ___ / ___ / ___

Cartão SUS:	RG:
CPF:	Data de nascimento:
Endereço/Cidade:	
Telefone:	Telefone familiar:
Data de baixa:	Data de alta:
Sangue de baixa:	Sangue de alta:

SITUAÇÃO LABORAL:		
() Estudante com ocupação	() Estudante	() Com ocupação (remunerada)
() Sem ocupação (não aposentado)	() Do lar	() Em auxílio doença
() Aposentado (por invalidez)	() Aposentado (por tempo de serviço)	

ESCOLARIDADE:		
() 1ª série completa	() 2ª série completa	() 3ª série completa
() 4ª série completa	() 5ª série completa	() 6ª série completa
() 7ª série completa	() 8ª série completa	() 1º ano ensino médio completo
() 2º ano ensino médio completo	() 3º ano ensino médio completo	
() Ensino superior incompleto	() Ensino superior completo	

ESCOLARIDADE (DICOTOMIZADA):		
() Analfabeto	() Fundamental incompleto	() Fundamental completo
() Médio incompleto	() Médio completo	() Superior incompleto
() Superior completo		
Anos de estudo total (contando repetidos):		

Anos repetidos:

RAÇA/COR:

() Negra/Preta () Branca () Amarela/Oriental
() Parda/Mestiça () Indígena () Outra, qual?

ESTADO CIVIL:

() Casado () Vivendo como casado () Viúvo
() Solteiro () Separado () Divorciado

REINTERNAÇÃO UAA () Sim () Não
Participou anteriormente do projeto guarda-chuva (14-0249): () Sim () Não

Observações:

INFORMAÇÕES CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA:

Qual (is) substância (s) levou/levaram ao tratamento? Em que idade usou pela 1ª vez?

() 1 - Álcool _____ () 2 - Maconha _____ () 3 - Sedativos _____
() 4 - Cocaína _____ () 13 - Crack _____ () 5 - Estimulantes _____
() 6 - Alucinógenos _____ () 7 - Heroína _____ () 8 - Metadona _____
() 9 - Outros opioides _____ () 10 - Inalantes _____
() 11 - Outras (inclui nicotina) _____

HISTÓRIA FAMILIAR DE 1º GRAU: () Sim () Não

Familiar	Dependência de substância	Quais substâncias? (códigos acima)
MÃE	() Sim () Não	() () () () ()
PAI	() Sim () Não	() () () () ()
IRMÃOS	() Sim () Não	() () () () ()

Se sim, quantos? _____

Idade em que recebeu tratamento específico (em anos):
Número de internações hospitalares para DQ (com a atual):
Idade da primeira internação (em anos):

TENTATIVA DE SUICÍDIO	(<input type="checkbox"/>) Sim. Quantas_____	(<input type="checkbox"/>) Não
TIPOS DE TENTATIVA:		
(<input type="checkbox"/>) 1 – Arma de fogo	(<input type="checkbox"/>) 2 – Enforcamento	(<input type="checkbox"/>) 3 – Cortar pulsos
(<input type="checkbox"/>) 4 – Medicação	(<input type="checkbox"/>) 5 – Pular de local alto	(<input type="checkbox"/>) 6 – Outro. Qual?

EPISÓDIO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	(<input type="checkbox"/>) Sim. Quantas_____	(<input type="checkbox"/>) Não
---	--	----------------------------------

HISTÓRICO POLÍCIA/LEGAL	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
(<input type="checkbox"/>) 1 – Ocorrência	(<input type="checkbox"/>) 2 – Detenção	(<input type="checkbox"/>) 3 – Condenação
(<input type="checkbox"/>) 4 – Outro, qual?		

PESO ATUAL (medido)/Kg:	ALTURA (medida)/m:	IMC [peso/(altura²):
ALERGIA MEDICAMENTOSA:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
Se sim, quais?		
ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE:	(<input type="checkbox"/>) Sim	(<input type="checkbox"/>) Não
Se sim, quais?		

ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMA NA INFÂNCIA

PROTOCOLO: _____ **INICIAIS:** _____

AVALIADOR: _____ **DATA:** __/__/__

Enquanto eu crescia, até os 17 anos...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
Eu não tinha comida suficiente para comer.					
Eu sabia que havia alguém para me cuidar e me proteger.					
As pessoas, na minha família, me chamavam de coisas do tipo “estúpido”, “preguiçoso” ou “feio de doer”.					
Meus pais estavam sempre muito bêbados ou drogados para cuidar da família.					
Havia alguém na família que ajudava a me sentir especial ou importante.					
Eu tinha que usar roupas sujas.					
Eu me senti amado.					
Eu achava que meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.					
Eu apanhei tanto de alguém da família que por isto tive que ir ao hospital ou consultar um médico.					
Não havia nada que eu desejasse mudar em minha família.					
Alguém, em minha família, me bateu tanto que isso me deixou com marcas e contusões (roxo).					
Eu apanhei com cinto, vara, corda ou várias outras coisas que machucavam.					
As pessoas em minha família cuidavam umas das outras.					
Pessoas, em minha família, disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
Eu acredito que fui fisicamente abusado (machucado).					
Eu tive uma infância perfeita.					
Eu apanhei tanto que isso foi notado por um professor, vizinho ou médico.					
Eu sentia que alguém na minha família me odiava.					
As pessoas da minha família se sentiam próximas umas das outras (como uma família).					
Alguém tentou me tocar de maneira sexual ou me obrigou a tocá-lo.					
Alguém ameaçou me machucar, ou contar mentiras sobre mim, se eu não fizesse algo sexual com ele ou ela.					
Eu tive a melhor família do mundo.					
Alguém tentou me obrigar a praticar algo sexual, ou a assistir algum ato sexual, ou coisas relativas a sexo.					
Alguém já me molestou (importunou, bolinou, “se passou” comigo).					

Eu acredito que fui emocionalmente maltratado (humilhado, ofendido, desvalorizado)					
Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisasse.					
Eu acredito que fui sexualmente abusado.					
Minha família foi uma fonte de força e apoio sempre que precisei.					

ANEXO D – ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRAT

PROTOCOLO: _____ INICIAIS: _____

AVALIADOR: _____ DATA: ___ / ___ / ___

Marque apenas uma alternativa para cada questão. Não pense em nenhuma das questões. Responda rápida e honestamente.	Raramente /Nunca	Às vezes	Frequente mente	Sempre ou quase sempre
1. Eu planejo minhas atividades com cuidado				
2. Eu faço as coisas sem pensar				
3. Eu sou despreocupado, “cuca fresca”				
4. Meus pensamentos são rápidos				
5. Eu planejo minhas saídas ou passeios com antecedência				
6. Eu sou uma pessoa controlada				
7. Eu me concentro com facilidade				
8. Eu tenho facilidade para economizar dinheiro				
9. Eu acho difícil ficar sentado por muito tempo				
10. Eu costumo pensar com cuidado em tudo				
11. Eu quero ter um trabalho fixo para poder pagar minhas despesas				
12. Eu falo as coisas sem pensar				
13. Eu gosto de ficar pensando sobre problemas complicados				
14. Eu troco de trabalho frequentemente ou não fico muito tempo com a mesma atividade (cursos, esportes)				
15. Eu faço as coisas no impulso				
16. Eu me canso com facilidade tentando resolver problemas mentalmente, de cabeça				
17. Eu me cuido para não ficar doente				
18. Eu faço as coisas no momento em que penso				
19. Eu tento pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão				
20. Eu troco de casa com frequência ou não gosto de viver no mesmo lugar por muito tempo.				
21. Eu compro coisas impulsivamente, sem pensar				
22. Eu termino o que começo				
23. Eu caminho e me movimento rápido				
24. Eu resolvo os problemas com tentativa e erro				
25. Eu gasto mais do que ganho ou do que posso				
26. Eu falo rápido				
27. Enquanto estou pensando um uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ao mesmo tempo.				

28. Eu me interesso mais pelo presente do que pelo futuro				
29. Eu me sinto inquieto em aulas ou palestras				
30. Eu faço planos para o futuro				

Prevalence of suicide in cocaine users accessing health services – Moçambique M et al.

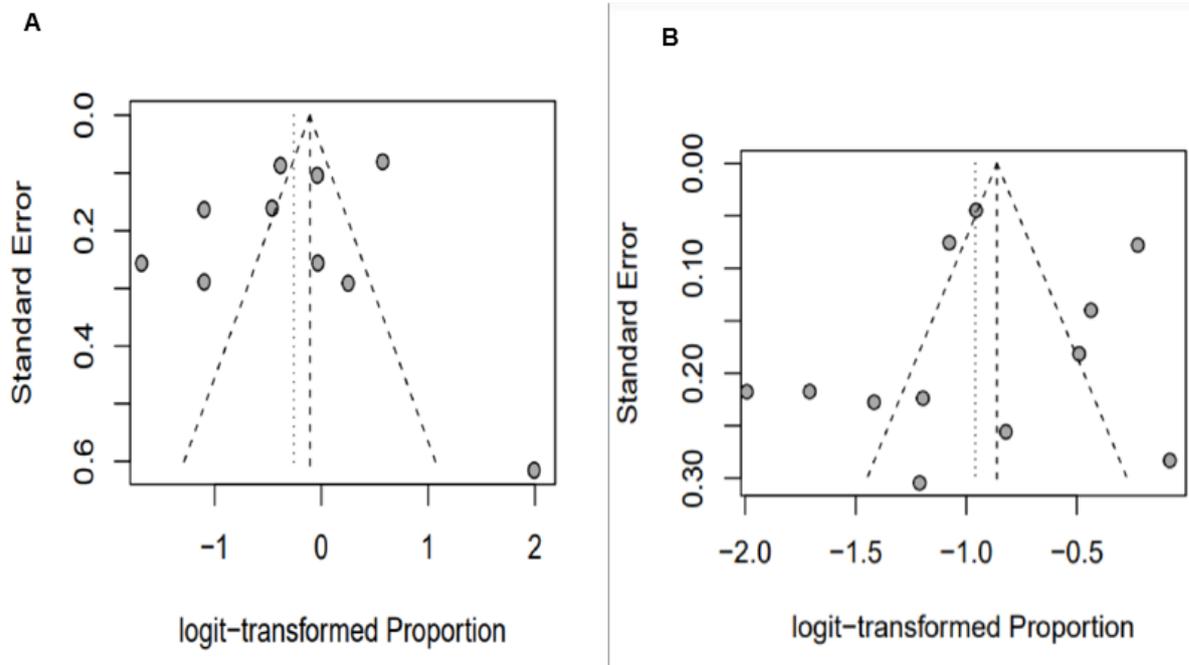


Figure S1 Funnel plot of studies that assessed (A) suicidal ideation and (B) suicide attempts