



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA - CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROBERTA MAGDA MARTINS MOREIRA

**TRANSTORNO MENTAL E O RISCO DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

SOBRAL - CEARÁ

2020

ROBERTA MAGDA MARTINS MOREIRA

TRANSTORNO MENTAL E O RISCO DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral/Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira

SOBRAL-CEARÁ

2020

ROBERTA MAGDA MARTINS MOREIRA

TRANSTORNO MENTAL E O RISCO DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Campus Sobral/Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Aprovada em: 29/04/2020.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dra. Roberlândia Evangelista Lopes
Centro Universitário INTA (UNINTA)

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M839t Moreira, Roberta Magda Martins.
Transtorno mental e o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas / Roberta Magda Martins Moreira. – 2020.
159 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2020.
Orientação: Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira.
1. Usuários de Drogas. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 3. Transtorno Mental. 4. Suicídio. I. Título.

CDD 610

A minha mãe por ser o significado de 'tudo' na minha vida e por sempre me incentivar e acreditar em mim. É a grande responsável pela minha formação pessoal e profissional e a minha maior fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que na sua infinita misericórdia me iluminou e conduziu meus passos proporcionando coragem e perseverança para continuar nessa caminhada. Sem Ele não seria capaz.

A Nossa Senhora por sempre me amparar nos momentos de aflição.

À minha mãe Antoniêta Martins, que é meu orgulho, motivação diária e significado de ‘tudo’ na minha vida. Agradeço por todos os esforços em prol da minha educação.

Ao meu namorado Henrique Albuquerque por todo o companheirismo, incentivo, apoio durante o processo e por me ajudar nos momentos de aflição.

À minha família, em especial ao meu pai Luiz Rufino, irmãos Robério, Rosemberg e Rosielle e à minha avó querida Domitila Moreira, por ser minha referência em fé e fortaleza.

Aos meus sobrinhos por me proporcionarem alegrias, renovando minhas forças e fé no futuro.

À minha orientadora, professora Eliany Nazaré, pela parceria desde a graduação, pela significativa contribuição na minha formação, pela orientação, incentivo e apoio. Sou muito grata pela confiança, amizade e aprendizado compartilhado.

À professora Roberlândia Evangelista, professora Maristela Osawa e professor Marcos Venícios por aceitarem participar da banca e por todas as contribuições para o desenvolvimento do estudo. São professores que inspiram e motivam, obrigada!

Ao professor Paulo César pelo incentivo e contribuições para o estudo.

Às amigas Larissa e Josiane pelo incentivo, amizade e angústias compartilhadas, bem como, aos demais colegas do mestrado.

A Lorena, companheira de orientadora, por compartilhar as alegrias e tristezas e pela amizade.

Aos bolsistas de iniciação científica Bruna, Andressa, Marcos, Natasha e Gracinha pelo auxílio no processo de coleta de dados.

Em especial, ao Altenório (*in memoriam*), que contribuiu substancialmente para essa pesquisa e me ensinou com sua leveza, fé, sabedoria, paciência, resiliência, empatia e cuidado com o outro, serei eternamente grata a você!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida a mim.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio no desenvolvimento da pesquisa.

Aos profissionais dos serviços, cenários da pesquisa, pelo apoio e contribuição para a coleta de dados.

Aos participantes da pesquisa e a todos que contribuíram para o estudo, minha gratidão!

Fórmulas e pílulas mágicas nos indicam o caminho do sucesso e da realização. Tristezas, decepções e frustrações, comuns à vida de qualquer um, são rapidamente remediadas com medicações ou objetos a consumir. O fármaco, lembram os filósofos, é remédio e veneno. Remédio e veneno se alternam na dança do consumo. Qualquer medicação, prescrita para a cura, pode se tornar nociva dependendo do uso que dela se faça. E qualquer fármaco antecipadamente “nocivo” pode ser usado como medicação para os males da alma. (TOROSSIAN; TORRES; KVELLER, 2017)

RESUMO

O consumo abusivo de substâncias psicoativas (SPA) é considerado um grave problema de saúde pública, que atinge as diferentes dimensões da vida dos usuários e o seu contexto social, influenciando de forma decisiva no processo de saúde e doença mental. Existem poucos estudos brasileiros que apresentam relação direta do consumo abusivo de SPA com o comportamento suicida, situações estas que necessitam de ações de promoção à saúde mental e prevenção ao suicídio nesse público. Dessa maneira, objetivou-se analisar a presença de transtorno mental comum, episódio depressivo maior e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas atendidos nos serviços de saúde mental dos municípios da 11ª Região de saúde do estado do Ceará. Trata-se de um estudo do tipo descritivo correlacional com delineamento transversal, realizado com 497 usuários acompanhados em decorrência do uso abusivo de SPA, em serviços de saúde mental da 11ª Região de Saúde do estado do Ceará. A coleta de dados ocorreu durante os meses de janeiro a julho de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando o Formulário sociodemográfico, clínico, econômico e padrão de consumo, *Self-Reporting Questionnaire*, Escala questionário sobre a saúde do paciente ou para avaliação de depressão e o Índice de Risco de Suicídio - IRIS. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva e inferencial, por meio do *software* R, versão 3.4.2, em que se utilizou o teste Qui-quadrado de independência e razão de prevalência como medida de magnitude do efeito. O estudo foi orientado a partir da Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, nº 2.739.560. A maioria dos usuários era do sexo masculino (79,9%), com faixa etária de 20 a 49 anos (73,0%), parda (66,4%), com religião (71,4%), ensino fundamental (50,3%), sem ocupação (57,8%), sem companheiro (69,4%), com filhos (63,8%), residente em casa própria (62,0%) com 1 a 3 moradores por domicílio (52,7%). Além disso, sobressaíram-se os usuários com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas (73,4%), sendo a bebida alcoólica a mais relatada de primeiro uso (61,6%), mais utilizada (87,7%) e SPA problema (43,3%). Quanto à presença de transtorno mental comum, 78,1% apresentaram rastreamento positivo, além disso, 72% manifestaram episódio depressivo maior e 8,7%, risco de suicídio reduzido, 40,2% intermediário e 51,1% elevado, em que o transtorno mental comum obteve associação estatisticamente significativa com o risco de suicídio. Portanto, este estudo possibilitou identificar o perfil dos usuários de SPA, bem como as suas relações com o transtorno mental comum, episódio depressivo e risco de suicídio, gerando evidências acerca de importantes problemas de saúde mental nesse público, o que suscita reflexões sobre a

necessidade de políticas públicas de saúde que envolvam intervenções efetivas, para além do uso de SPA, mas com foco no indivíduo biopsicossocial, no que tange à saúde mental e física e qualidade de vida, além do controle dos métodos de suicídio, a fim de minimizar o risco.

Palavras-chave: Usuários de Drogas. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Transtorno Mental. Suicídio.

ABSTRACT

The abusive consumption of psychoactive substances (SPA) is considered a serious public health problem that affects the different dimensions of the users' lives and their social context, influencing in a decisive way the process of mental health-disease as well as presenting a direct relationship with suicidal behavior, requiring further research to support decision making in the development of policies and actions to promote mental health and suicide prevention in this public. Thus, the objective was to analyze the presence of common mental disorders, major depressive episodes, and suicide risk in users of psychoactive substances served in the mental health services of the municipalities of the 11th Health Region of the State of Ceará. This is a correlational descriptive study with a cross-sectional design, carried out with 497 users followed up due to the abusive use of SPA in mental health services of the 11th Health Region of the State of Ceará. Data collection occurred during the months of January to July 2019, through a semi-structured interview using the sociodemographic, clinical, economic and consumption pattern form; Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20); Patient Health or Depression Assessment Questionnaire (PHQ-9) and the Suicide Risk Index - IRIS. The data were analyzed using descriptive and inferential software R version 3.4.2, in which the Chi-square test of independence and prevalence ratio was used as a measure of effect magnitude. The study was guided by Resolution No. 466 of December 12, 2012, with the approval of the Ethics and Research Committee of the Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), opinion No. 2,739,560. The majority of users were male (79.9%), aged 20 to 49 years (73.0%), brown (66.4%), with religion (71.4%), primary school (50.3%), without occupation (57.8%), without companion (69.4%), with children (63.8%), living at home (62.0%) with 1 to 3 residents per household (52.7%). In addition, users with mental and behavioral disorders due to the use of multiple drugs (73.4%), with alcohol as the most reported first use (61.6%), most used (87.7%) and SPA problem (43.3%). Regarding the presence of common mental disorder, 78.1% presented positive screening, in addition, 72% manifested a greater depressive episode and 8.7% presented reduced risk of suicide, 40.2% intermediate and 51.1% high, in which the common mental disorder obtained a statistically significant association with the risk of suicide. Therefore, this study made it possible to identify the profile of the users of SPA, as well as their relationships with the common mental disorder, depressive episode, and risk of suicide, generating evidence about important mental health problems in this public, which raises reflections on the need for public health policies that involve effective interventions, beyond the use of SPA, but with a focus on the biopsychosocial individual in terms of mental and

physical health and quality of life, in order to minimize the risk of suicide.

Keywords: Drug Users. Substance-Related Disorders. Mental Disorders. Suicide.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1- Número de atendimentos por usuários de spa nos serviços de saúde mental e amostra considerada para o desenvolvimento da pesquisa, Ceará, Brasil, 2019 | 40 |
| Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 47 |
| Tabela 3 - Perfil socioeconômico dos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019..... | 51 |
| Tabela 4 - Distribuição do perfil clínico dos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 52 |
| Tabela 5 - Fatores relacionados ao consumo de spa dos usuários entrevistados, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 54 |
| Tabela 6 - Distribuição dos aspectos referentes ao transtorno mental comum nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019..... | 59 |
| Tabela 7 - Relação entre o transtorno mental comum e perfil sociodemográfico e econômico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019..... | 62 |
| Tabela 8 - Relação entre transtorno mental comum e aspectos clínicos nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 66 |
| Tabela 9 - Relação entre o transtorno mental comum e os aspectos referentes ao uso de SPA nos usuários, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 67 |
| Tabela 10 - Distribuição dos aspectos descritivos relacionados à depressão nos usuários de SPA, 11ª região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 71 |
| Tabela 11 - Relação entre o episódio depressivo maior e perfil sociodemográfico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019..... | 74 |
| Tabela 12 - Relação entre o episódio depressivo maior e perfil econômico e clínico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019..... | 77 |
| Tabela 13 - Relação entre o episódio depressivo e os aspectos referentes ao uso de SPA nos usuários, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019..... | 79 |
| Tabela 14 - Distribuição dos aspectos referentes ao risco de suicídio nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 83 |
| Tabela 15 - Relação entre o risco de suicídio e perfil sociodemográfico e econômico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019..... | 88 |
| Tabela 16 - Relação entre o risco de suicídio e perfil clínico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 92 |

| | |
|--|----|
| Tabela 17 - Relação entre o risco de suicídio e os aspectos referentes ao uso de SPA nos usuários, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019..... | 93 |
| Tabela 18 - Associação entre risco de suicídio e transtorno mental comum nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019 | 97 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 1.2 | Problematização do objeto..... | 18 |
| 1.3 | Justificativa e relevância | 22 |
| 2 | OBJETIVOS | 24 |
| 2.1 | Objetivo geral | 24 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 24 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 25 |
| 3.1 | Uso de substâncias psicoativas: aspectos fundamentais para a compreensão do fenômeno | 25 |
| 3.2 | Concepções históricas, epidemiológicas e terapêuticas sobre o suicídio..... | 31 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODOS | 37 |
| 4.1 | Tipologia e abordagem do estudo..... | 37 |
| 4.2 | Local do estudo | 37 |
| 4.3 | População e amostra..... | 39 |
| 4.4 | Período do estudo..... | 41 |
| 4.5 | Métodos e procedimentos para a coleta de dados..... | 41 |
| 4.6 | Apresentação e análise dos dados..... | 44 |
| 4.7 | Aspectos éticos e legais da pesquisa..... | 44 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 47 |
| 5.1 | Transtorno mental comum nos usuários de substâncias psicoativas | 59 |
| 5.2 | Episódio depressivo maior nos usuários de substâncias psicoativas | 71 |
| 5.3 | Risco de suicídio e o uso de substâncias psicoativas | 83 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 99 |
| | REFERÊNCIAS | 101 |
| | APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E PADRÃO DE CONSUMO | 125 |

| | |
|--|------------|
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS USUÁRIOS DE SPA/ RESPONSÁVEL | 128 |
| APÊNDICE C- TERMO DE ASSENTIMENTO PARA OS USUÁRIOS MENORES DE 18 ANOS | 129 |
| APÊNDICE D – ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO | 130 |
| ANEXO A - SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20) | 143 |
| ANEXO B- QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE (PHQ-9) | 145 |
| ANEXO C – ÍNDICE DE RISCO DE SUICÍDIO (IRIS)..... | 147 |
| ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... | 148 |
| ANEXO E – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA ELETRÔNICA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS | 150 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

A minha trajetória acadêmica foi fundamentada no campo da saúde mental, principalmente quando relacionada às atividades de pesquisa e extensão na universidade. Logo no início da minha graduação em Enfermagem, na Universidade Estadual Vale do Acaraú, no ano de 2013, mais precisamente no segundo período, envolvi-me na extensão universitária com o projeto intitulado: Conversando com adolescentes sobre drogas, durante um ano. No primeiro semestre, fui integrada como participante e no segundo, como monitora, uma vez que desejei continuar atuando no projeto visto a aproximação com o tema.

O projeto possibilitou minha participação ativa em atividades de promoção da saúde com a comunidade escolar, sendo desenvolvido no âmbito da educação de jovens e adultos, abordando sobre o uso de drogas, seus efeitos e ações de prevenção. Diante disso, promoveu minha inserção no campo da extensão, bem como foi um pontapé para a integração na pesquisa científica.

Nesse ínterim, no ano de 2014, fui selecionada para ser bolsista de iniciação científica em uma pesquisa com fomento pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), a partir de um projeto intitulado: Saúde mental e o cuidado de Enfermagem à pessoa que tentou suicídio. Esse estudo intentava traçar o perfil epidemiológico de pacientes atendidos na unidade de Emergência de Hospitais de referência da cidade de Sobral com o diagnóstico de Tentativa de Suicídio, de acordo com o CID-10, e, conhecer a atuação do profissional de Enfermagem perante às situações de tentativas de suicídio.

Nessa perspectiva, aproximei-me mais intrinsecamente do campo da saúde mental com foco em assuntos referentes ao suicídio e tentativa de suicídio. Além disso, como integrante do projeto de pesquisa, participei ativamente da coleta de dados realizada nos hospitais de referência que atendiam pessoas que tentavam suicídio, cuja abordagem ocorria em um período máximo de 48 horas após admissão destas na unidade de emergência, o que possibilitou um contato mais direto com esse público, em um momento bastante vulnerável, necessitando de habilidades para desenvolver uma comunicação sensível e atenção mais integral e holística para lidar com esse processo, tornando-se muitas vezes uma entrevista para além da coleta de dados, mas com aprendizado significativo no âmbito profissional e pessoal.

Desenvolvi o projeto de pesquisa durante dois anos da graduação (2014-2016), sensibilizando-me acerca desse tema e a sua magnitude na sociedade, tanto em termos

quantitativos quanto na inferência na qualidade de vida desses indivíduos e sua família. Ademais, ao avaliar os fatores de risco por meio de um estudo caso-controle que ocorreu de maneira concomitante, observou-se que os usuários de substâncias psicoativas apresentaram o dobro de chances de cometer a tentativa de suicídio (FELIX, 2016).

Na qualidade de pesquisadora, enquanto com relação ao risco aumentado de suicídio nesses usuários, bem como a questão da saúde mental, foram fatores que me inquietaram, considerando que muitos se encontram marginalizados na sociedade, visto que o uso de drogas pode estar associado a casos de violência e criminalidade, originando um estigma nessa população. Entretanto, enquanto defensora da saúde mental, por ser um ponto fundamental para a vida cotidiana e considerada o pilar para o viver, acredito na necessidade de promover a saúde mental desses indivíduos, de forma geral.

Nesse sentido, antes de promover a saúde mental, torna-se importante conhecer, fazer um diagnóstico de como esta se encontra, a partir da investigação de presença de transtornos mentais, como depressão, e, avaliar o risco de suicídio para, assim, desenvolver ações mais assertivas com o encontrado na realidade. Além disso, ressalto a necessidade de identificar a depressão por ser um transtorno considerado de maior risco para o suicídio e que implica diretamente na saúde mental do indivíduo acometido.

Portanto, ao realizar pesquisas bibliográficas e de forma empírica, ao observar os números alarmantes do uso abusivo de substâncias psicoativas, os índices crescentes de suicídio e a possível associação que há entre esses dois fenômenos, instiguei-me a pesquisar sobre o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas, assim como a presença de transtornos mentais, que podem ser decorridos do uso ou anteriores a este.

Enfatizo que a saúde mental desses indivíduos é influenciada diretamente pelo uso de drogas, uma vez que essas substâncias interferem significativamente na vida dessas pessoas, em suas relações sociais e no seu desenvolvimento funcional, apresentando relação com a presença de transtornos mentais.

Além disso, saliento que minha caminhada na graduação possibilitou o amadurecimento no campo da pesquisa. No último ano na universidade (2017), fui novamente bolsista de iniciação científica com pesquisa fomentada pela FUNCAP, a qual apresentava como foco a saúde coletiva e as condições crônicas, o que possibilitou um refinamento no campo da escrita científica e no delineamento de pesquisas, de forma geral.

Nesse contexto, toda a minha trajetória acadêmica foi direcionada para a articulação entre a extensão e campo da pesquisa científica relacionada principalmente ao meu objeto de estudo, promovendo um amadurecimento acerca dele por meio de eventos, leituras e discussões

nas disciplinas do mestrado, as quais favoreceram reflexões expressivas para o delineamento da minha pesquisa como produto da dissertação.

Dessa forma, proponho-me a discutir acerca da situação de saúde mental e presença de transtorno mental comum, episódio depressivo maior e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas, constituindo o meu objeto de estudo, uma vez que compõem temas importantes a serem investigados em virtude do impacto gerado no campo da saúde mental e especificamente na sociedade como um todo.

Destaco que, a partir do próximo tópico a escrita será realizada de forma impessoal a fim de preservar a formalidade na escrita.

1.2 Problematização do objeto

As substâncias psicoativas (SPA) atuam no sistema nervoso central provocando efeitos relacionados às funções cognitivas, comportamentais e psicológicas, que causam alterações de humor, comportamento e consciência (CERQUEIRA, 2015). Dentre estas, destacam-se o álcool, opiáceos, cannabis, anfetaminas, sedativos e hipnóticos, cocaína, inalantes, alucinógenos e tabaco, os quais com o uso constante e de forma abusiva podem causar inúmeros prejuízos ao indivíduo (SCHOLZE *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o consumo abusivo de SPA pode ser considerado como um grave problema de saúde pública. No ano de 2012, entre 162 e 324 milhões de indivíduos com faixa etária entre 15 e 64 anos, o que representa 3,5% a 7,0% da população mundial, consumiram pelo menos uma vez substâncias ilícitas. Ademais, estimam-se 16 a 39 milhões de dependentes e 183 mil mortes relacionadas a esse agravo (UNITED NATIONS, 2014).

O Brasil é um dos países em que essa problemática é crescente, representando 20% do consumo mundial de cocaína e constituindo o maior mercado de *crack*. Pesquisas evidenciam que cerca de 67 milhões de pessoas consomem álcool regularmente, das quais 17% fazem uso abusivo. Quanto à maconha, os resultados revelam que 3% da população adulta faz uso frequente, sendo 1% dos indivíduos do sexo masculino dependentes (LARANJEIRA, 2014).

Além disso, estima-se que uma em cada cinco pessoas que fazem uso de substâncias ilícitas possui critérios para o diagnóstico de transtorno relacionado ao uso de substâncias (CLARO *et al.*, 2015). Essa nomenclatura foi proposta pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais na quinta edição (DSM V) (APA, 2014), com o propósito de substituir as denominações “abuso” e “dependência”, sendo definida como um padrão problemático de

uso da SPA, o qual desenvolve um comprometimento ou sofrimento clínico significativo, revelado pela presença de pelo menos 2 critérios durante 12 meses. Para isso, utilizam-se 11 critérios como parâmetros, tais como:

a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos; fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância; uso recorrente da substância resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa; uso continuado da substância apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos de seu uso; importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física; o uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ela; tolerância (...); abstinência (APA, 2014, p.523)

Nesse contexto, considera-se que, na população adulta mundial, 1 em cada 200 pessoas é usuária regular de SPA ou tem transtornos relacionados ao uso, totalizando em média 27 milhões de indivíduos, que correspondem a 1,73% da população, apresentando números com tendências crescentes (LUCCHESE *et al.*, 2017).

O uso abusivo de SPA atinge as diferentes dimensões da vida dos usuários e as pessoas em seu entorno no contexto social, uma vez que pode provocar comportamento violento, problemas sociais e legais, relações interpessoais prejudicadas, rompimento de vínculos, menor habilidade de pensamento ágil e julgamento crítico da realidade, além da redução na capacidade funcional, promovendo a perda de emprego ou/e abandono dos estudos, o que gera inúmeros problemas físicos e psicossociais a esses indivíduos (GUERRA; VANDENBERGHE, 2017).

Ademais, o uso abusivo pode desencadear inúmeras consequências danosas à saúde dos usuários, visto que favorece a ocorrência de acidentes, criminalidade e, conseqüentemente, violência, distúrbios de conduta, transtornos mentais, como de humor, depressão e esquizofrenia, desenvolvimento psicossocial prejudicado, gravidez indesejada e risco relacionado ao comportamento sexual, com maior exposição às infecções sexualmente transmissíveis (PAIVA *et al.*, 2018).

Diante disso, o consumo abusivo dessas substâncias influencia de forma decisiva, principalmente no processo de saúde-doença mental dos usuários e das suas famílias. Dessarte, esse problema apresenta relação direta com o comportamento suicida, constituindo fator de risco para tal ação, como é possível observar em alguns estudos de Souza *et al.* (2014); Rocha *et al.* (2015); Cantão e Botti (2016); Arribas-Ibar *et al.* (2017), os quais afirmam que

independentemente da substância utilizada, esta contribui para o comportamento suicida (WANG; YEN, 2017).

O comportamento suicida é considerado um termo amplo que abrange os diversos pensamentos e ações que buscam, intencionalmente, causar um dano a si mesmo a fim de resultar em morte. Dentre estes, incluem-se a ideação suicida, o planejamento, a tentativa e o suicídio consumado, estando esses fenômenos inter-relacionados para chegar ao objetivo final da violência autodirigida (CANTÃO; BOTTI, 2016; WANG; YEN, 2017).

Nessa perspectiva, o suicídio se caracteriza como o ato intencional de um indivíduo para extinguir sua própria vida, que se inicia na concepção da ideia da própria morte a partir de uma motivação própria. O processo caminha com a ideação e planejamento do fato até a autoagressão fatal, enquanto que as tentativas de suicídio podem ser conceituadas como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte, tornando-se importante investigar todo esse processo com o objetivo de aprimorar o cuidado e prevenir a violência autodirigida fatal (FÉLIX, 2016).

O suicídio também é considerado problema de saúde pública e está atingindo progressivamente a população. Em 2012, registraram-se cerca de 804.000 mortes no mundo, o que corresponde a uma taxa de 11,4 suicídios para cada 100.000 pessoas, constituindo 1 óbito a cada 40 segundos. Dessa forma, representa 1,4% de todos os óbitos mundiais, equivalendo à 15ª maior causa de mortalidade na população em geral e a 2ª principal entre os jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos, sem considerar os agravos não notificados e as tentativas estimadas em uma proporção 20 vezes maior (OMS, 2014).

O Brasil é o 8º país com maior número de suicídios no mundo, em 2012 foram registradas 11.821 mortes, que correspondem a mais de 30 mortes por dia. Durante o período de 2011 a 2015, constataram-se 55.649 óbitos por suicídio, gerando uma taxa média geral de 5,5 por 100 mil habitantes, em 2011, que variou para 5,7 por 100 mil habitantes, em 2015. No entanto, ressalta-se que há ainda um alto número de subnotificações e o impacto desse comportamento autodestrutivo é obscurecido pelos homicídios e acidentes de trânsito (BRASIL, 2017).

No Ceará, um estudo revelou o aumento de 265 ocorrências de suicídio, em 1998, para 525, em 2007, com uma variação na taxa de 3,8 para 6,3 óbitos/100.000 habitantes. Isso corresponde a um crescimento de 65,79% na taxa de suicídio, enquanto que o aumento da população nesse mesmo período foi de 18,66% (OLIVEIRA *et al.*, 2016). No ano de 2015, houve cerca de 603 óbitos por suicídio no Ceará, correspondendo à taxa de 6,77 mortes por 100 mil habitantes (BRASIL, 2019).

Dentre os municípios da região norte do Ceará, destaca-se Sobral, o qual apresenta índices alarmantes. Em 2013, a taxa de óbitos municipal por suicídio foi de 11,64 mortes/100.000 pessoas, enquanto a taxa nacional esteve em 5,01 óbitos/100.000. Em 2007, a diferença chegou a ser de 4,68 óbitos/100.000 na média nacional para 17,33 óbitos/100.000 em Sobral (BRASIL, 2015). No ano de 2015, foram 23 óbitos, sem considerar as tentativas ou pessoas expostas aos fatores de risco (MOREIRA *et al.*, 2017).

Logo, o suicídio é considerado um fenômeno complexo e multicausal que envolve todos os elementos relacionados à existência dos indivíduos, como os sociais, ambientais, psicológicos, culturais, biológicos e políticos (SCHLÖSSER; ROSA; MORE, 2014). Dentre estes, os principais fatores de risco associados a essa prática são tentativas anteriores de suicídio que predisõem à progressiva letalidade do método, apresentar transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas, ausência de apoio familiar ou social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas desfavoráveis, tais como pobreza e desemprego (CHAN; SHAMSUL; MANIAM, 2014).

Félix (2016) evidenciou em seu estudo que o uso abusivo de SPA aumenta em até duas vezes as chances para tentativas de suicídio. Em relação a isso, autores apresentam que o consumo de SPA, principalmente o álcool, está fortemente associado ao suicídio, potencializando essa prática, seja como motivação ou como estimulante, sendo a ideação de morte impulsionada pelo efeito das SPA (BRANAS *et al.*, 2011; VÁSQUEZ *et al.*, 2013).

Dentre os principais motivos relacionados às tentativas de suicídio em usuários de SPA, destacam-se os conflitos familiares decorrentes dessa atividade, angústia e culpa após o consumo, mudanças bruscas do comportamento e o sentimento de desesperança, impotência e raiva por fazer o uso de SPA, os quais desencadeiam a autoagressão como maneira de punição (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Além disso, alguns estudos demonstram associação entre presença de transtornos mentais (TM) e o uso e abuso de SPA (LUCCHESI, 2017; SABAN *et al.*, 2014). No Brasil, a ansiedade e a depressão são os mais presentes e oscilam em média de 44,9% e 28%, respectivamente, nesses indivíduos, apontando que o uso de SPA proporciona maior probabilidade para desenvolver TM e, conseqüentemente, pode aumentar o risco de suicídio, uma vez que, de forma isolada, já são considerados de risco (MERCHÁN-HAMANN *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, estudo indica forte associação entre a depressão e o consumo abusivo de SPA, em que esse transtorno se configura como precursor do padrão de consumo,

bem como pode ser agravado a partir do uso abusivo das SPA. Além disso, aponta-se o comportamento suicida como fator de probabilidade maior quando associado aos dois transtornos (BASTOS, 2018).

Diante disso, esta pesquisa apresenta as seguintes questões norteadoras: qual a relação da depressão nos usuários de substâncias psicoativas? Em que medida o risco para o suicídio está presente na vida dos usuários de SPA atendidos nos serviços de saúde mental? Como se encontra a saúde mental dos usuários atendidos nesses serviços, na perspectiva da presença de transtorno mental comum?

Nesse intento, há três hipóteses que justificam este estudo, a saber: 1) A maioria dos usuários de SPA manifesta sofrimento mental/transtorno mental comum; 2) Os usuários de SPA em tratamento apresentam alto índice de episódio depressivo comum; 3) As pessoas com uso abusivo de SPA apresentam risco relevante para o suicídio.

1.3 Justificativa e relevância

O uso de SPA é relatado desde a antiguidade, todavia o número de usuários se encontra crescente, aumentando em consequência disso os efeitos nocivos dessas substâncias. No ano de 2016, cerca de 192 milhões de pessoas no mundo consumiram ao menos uma vez a cannabis, e esse valor continua a se expandir em conjunto com outras, como a cocaína, álcool e tabaco (UNODC, 2018). Por conseguinte, aumentam também os prejuízos à saúde desses indivíduos.

Nessa perspectiva, amplia-se o número de pessoas com transtorno relacionado ao uso de SPA, o qual envolve um contexto complexo e causa impacto na sociedade, afetando diretamente a saúde dos indivíduos relacionados, principalmente quanto à saúde mental, a qual se encontra fragilizada. Nesse contexto, estudos demonstram a associação entre as manifestações de transtornos mentais e de alterações de comportamento decorrentes do uso de SPA, destacando-se a depressão, o transtorno bipolar, os transtornos de ansiedade e a esquizofrenia (PINHEIRO; MARAFANTI, 2014).

Além disso, o uso abusivo de SPA pode contribuir para a perda de sentido existencial e, como consequência, constituir um fator de risco para o comportamento suicida (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2018). Um estudo realizado na Sérvia demonstra que o uso de SPA pode aumentar em 6,5 a 9 vezes o risco de suicídio do que em pessoas que não usam (DRAGISIC *et al.*, 2015).

Dessa forma, o uso de SPA potencializa a presença de transtornos mentais e pode aumentar o risco para o suicídio (FERNANDES *et al.*, 2017). Ademais, esses fatores,

isoladamente, apresentam uma alta prevalência mundial e constituem problemas de saúde pública (OMS, 2014; UNITEDNATIONS, 2014), os quais demandam uma maior investigação, principalmente, quanto à associação entre eles a fim de conhecer as condições envolvidas nesse contexto, analisar a situação de saúde mental nesse público, delinear os grupos em risco para o suicídio e, assim, direcionar intervenções psicossociais e a terapêutica adequada a essas pessoas, com estratégias que possam promover a saúde mental e prevenir o suicídio nos serviços de saúde.

Nesse contexto, esta pesquisa contribuirá na identificação de situações de risco relacionadas ao abuso de SPA para o comportamento suicida e à presença de transtornos mentais, independentemente do nível de atenção à saúde, a fim de evitar a antecipação do fim da vida e melhorar a saúde mental. Também irá alertar, orientar e conscientizar as pessoas sobre as consequências relacionadas ao uso de SPA, em uma realidade atual, na qual as estatísticas apontam para um crescente número de casos, além de proporcionar aos profissionais uma maior compreensão quanto ao problema visando elaborar estratégias de prevenção e de tratamento adaptadas a diferentes realidades, minimizando, dessa forma, os riscos existentes.

Dessa maneira, o presente estudo poderá contribuir com subsídios na tomada de decisões, qualificando os sistemas e serviços de saúde, no desenvolvimento de políticas, ações de prevenção ao suicídio e no manejo do comportamento suicida em usuários de SPA nos serviços de saúde, principalmente na saúde mental e no âmbito da Estratégia Saúde da Família, visto a importância desses indivíduos serem acompanhados por esses serviços de maneira integral.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as características e fatores associados ao transtorno mental comum, episódio depressivo maior e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas atendidos nos serviços de saúde mental dos municípios da 11ª Região de saúde do estado do Ceará.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico, econômico e relacionado ao consumo de substâncias psicoativas dos usuários.
- Detectar a presença de transtorno mental comum nos usuários de substâncias psicoativas utilizando o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).
- Identificar características relacionadas à depressão com apoio do questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9).
- Averiguar a presença do risco de suicídio por meio do Índice de Risco de Suicídio (IRIS).
- Verificar a associação entre a presença de transtorno mental comum e o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Uso de substâncias psicoativas: aspectos fundamentais para a compreensão do fenômeno

Drogas se referem a qualquer substância química ou mistura de entidades que modifiquem a função biológica e estrutura do organismo como um todo (OMS, 1993), constituindo desde medicamentos, chás ou alimentos. Entretanto, essa palavra é acompanhada de um certo estigma e significado depreciativo, então surge o termo contemporâneo mais consensual de “substâncias psicoativas”, relacionadas àquelas não produzidas pelo organismo que provocam alterações no sistema nervoso central, atuando diretamente nas modificações de humor, percepção, comportamento e estado da consciência (CERQUEIRA, 2015; FIORE, 2013).

Essas substâncias apresentaram diversos nomes durante séculos passados, uma vez que o consumo de substâncias psicoativas (SPA) é retratado em toda a história da humanidade de inúmeras formas, no âmbito social, econômico, político e cultural. Outrora, a presença delas era predominante na religião, magia, cultura e rituais festivos, sendo posteriormente associada à medicina e ciência, principalmente no que concerne ao conhecimento e utilização de plantas medicinais para o tratamento de doenças (MACIEL; VARGAS, 2015).

Além disso, os homens sempre tencionaram maneiras de alterar o humor, as percepções e sensações a partir do uso de produtos naturais como as SPA com a finalidade de aliviar os males e proporcionar prazer, para além do cunho religioso, cultural e curativo (RIBEIRO *et al.*, 2016). Nessa perspectiva, desenvolveram-se diversas SPA, sobretudo para promover analgesia, alucinação, bem como potencializar a memória e concentração (MAIER *et al.*, 2013).

Dentre as SPA, destacam-se os produtos da papoula, como os opioides e a morfina; a fermentação de materiais orgânicos para produzir o álcool; as folhas da coca a fim de desenvolver a cocaína e, posteriormente, o crack; o tabaco com a nicotina; carnabinoídes com a maconha; e alguns compostos sintéticos, tais como os barbitúricos, benzodiazepínicos, anfetaminas e outros (FERNANDES *et al.*, 2017).

Essas SPA ainda podem ser classificadas conforme o ponto de vista legal que incorpora as drogas lícitas e ilícitas, sendo as primeiras comercializadas de forma legal, por exemplo, o álcool e alguns medicamentos. Enquanto que as ilícitas são proibidas por lei, como maconha, *crack* e cocaína. Além disso, classificam-se a partir das ações sobre o sistema

nervoso central, que envolvem as depressoras, estimulantes e perturbadoras da atividade mental (NICASTRI, 2013).

As SPA lícitas são inicialmente apresentadas em documentos de 2200 a.C., no Oriente Médio, e no Brasil desde a era pré-colombiana, em que se evidencia o álcool integrado aos costumes indígenas a partir da bebida *cauim*. Posteriormente, com a exploração do açúcar, iniciou-se o uso da cachaça, que era distribuída aos animais e escravos (ANDRADE, 2011). Desde os primórdios, o tabaco também era usado pelos povos indígenas americanos com finalidades terapêuticas, principalmente no combate à enxaqueca. Somente no século XVI, essa substância começou a ser expandida pelo continente europeu, ganhando popularidade com outros objetivos (NIEL, 2011).

Quanto às substâncias ilícitas, destaca-se o advento da maconha, que aproximadamente em 2000 a.C., na China, Índia e Egito, era utilizada em rituais espirituais e como objeto terapêutico. Também se ressalta o início da cocaína que data de mais de 4500 anos com origem nas civilizações antigas dos Andes, porém o isolamento propriamente da substância ativa aconteceu no século XVI e o consumo é propagado no século XIX com foco nas características analgésicas e anestésicas da substância (NIEL, 2011). Com isso, autores relatam que por volta dos anos 1900 irrompe o *crack* em estados americanos, com grande atração devido ao reduzido preço e efeitos mais potentes quando comparado com as outras (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012).

No entanto, com o decorrer dos séculos, o uso dessas substâncias se tornou crescente, para além do consumo recreativo, considerado o uso de SPA em eventos sociais a fim de buscar relaxamento e prazer sem outros problemas relacionados; laboral, para alívio da tensão e responsabilidades da rotina, bem como melhorar concentração e desempenho nas atividades profissionais; e/ou religioso (FERNANDES, 2017). Dessa forma, impulsionaram inúmeros prejuízos e impactos aos usuários e à sociedade, como um todo, em nível mundial, configurando-se como um grave problema de saúde pública (MEDEIROS *et al.*, 2013).

Para justificar, o UNODC (2017) aponta uma elevação nesses dados, em que, no ano de 2006, cerca de 208 milhões de pessoas consumiam SPA, enquanto esse valor aumentou para 255 milhões, no ano de 2016. Da mesma forma, observa-se o crescimento ao analisar a população adulta na faixa etária de 15 a 64 anos, a qual demonstra o aumento de 4,9%, no ano de 2006, para 5,3%, em 2016 (UNODC, 2017), ou seja, 1 a cada 20 pessoas nessa faixa etária fazia uso de pelo menos um tipo de SPA (UNODC, 2016).

Ademais, estima-se que aproximadamente 11% das pessoas que consomem SPA no mundo apresentam algum transtorno relacionado ao uso da SPA, que é responsável por cerca de

meio milhão de óbitos a cada ano. Dentre estas, 39% se referem ao uso da cannabis, 33% opioides, 10% cocaína e 10% estimulantes como as anfetaminas. Nessa perspectiva, em 2015, estudos calculam que aproximadamente 17 milhões de anos saudáveis de vida foram perdidos devido a esses transtornos relacionados ao uso de SPA (UNODC, 2017).

No Brasil, cerca de 9,6% dos adultos já consumiram tranquilizantes ao menos uma vez na vida, seguidos de maconha (6,8%), cocaína (3,8%), estimulantes (2,7%), solventes (2,2%) e *crack* (1,3%). Quando analisado o uso recorrente nos últimos 12 meses, os valores se assemelham, uma vez que 6% da população adulta mencionou consumir tranquilizante, correspondendo a 8 milhões de pessoas. E a maconha foi a substância ilícita mais consumida, em torno de 2,5% da população adulta, 3 milhões de pessoas; em seguida, a cocaína, com 1,7%, e os estimulantes, com 1,1% (LARANJEIRA, 2014).

Conquanto, estudo revela o aumento do consumo de *crack*, apresentando-se como o mais utilizado em sua amostra, seguido do álcool, tabaco e maconha. Ademais, pesquisou-se o perfil epidemiológico dessas pessoas, apontando o sexo masculino como mais propenso ao uso de SPA, principalmente ilícitas, e os adultos jovens, com idade entre 18 e 41 anos, com maior predomínio. Todavia, revelou-se o aumento da experimentação precoce, o que pode modificar esses dados. Quanto à situação conjugal, destaca-se o solteiro com escolaridade de ensino fundamental incompleto, o que repercute no vínculo empregatício desses, uma vez que 60% estavam desempregados, valores semelhantes aos encontrados em outro estudo (SANTOS; CARVALHO; MIRANDA, 2014; DANIELI *et al.*, 2017).

Diversos fatores interferem no uso de SPA, podendo aumentar ou diminuir a probabilidade de o indivíduo vir ou não a fazer o consumo (BÜCHELE; CRUZ, 2013). Dentre estes, apontam-se as razões contextuais que podem impulsionar o uso de SPA, referentes ao baixo nível socioeconômico, fácil disponibilidade, vínculo familiar prejudicado, falta de apoio social, atividades religiosas limitadas e fé abalada, bem como se relacionam à vulnerabilidade genética, transtornos depressivos ou de personalidade, ausência de perspectiva de vida, influência de grupos de amigos já usuários, a busca de prazer, alívio de dor e, inclusive, por curiosidade (ZEITOUNE *et al.*, 2012).

Ademais, alguns fatores podem ser considerados de proteção para o consumo de SPA, tais como a inserção no mercado de trabalho, oportunidade de estudo, apoio social, lazer, concretização de projetos de vida, participação em serviços comunitários, diálogo efetivo com a comunidade, acesso à informação e a prática religiosa (TARGINO; HAYASIDA, 2018).

Dessa forma, torna-se essencial investir em fatores que previnam o consumo dessas

substâncias, uma vez que estudos afirmam que o consumo de SPA pode causar problemas físicos, psicológicos, sociais e interpessoais, visto que afeta a percepção, humor e consciência. Outrossim, pode ocasionar situações de risco, como sexo desprotegido, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmitidas, infarto agudo do miocárdio, overdose, violência, acidentes de trânsito, comportamento antissocial, dificuldade de aprendizagem e problemas legais, além de interferir na capacidade dos usuários em controlar o consumo, provocando uso contínuo, nocivo, dependência e transtornos relacionados ao uso (CLARO *et al.*, 2015; OLIVEIRA; ARNAUTS, 2011).

O transtorno relacionado ao uso de substâncias é utilizado pelo DSM V (APA, 2014). Enquanto que a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10 (CID 10) apresenta ainda dois termos referentes às SPA, tais como “uso nocivo” e “síndrome de dependência”. O primeiro é caracterizado pela perda de controle do uso e prejuízos imediatos após o consumo, ao mesmo tempo em que a dependência são as alterações comportamentais, cognitivas e fisiológicas resultantes do uso de SPA, bem como a dificuldade de controlar o consumo, a prioridade pela SPA em relação a outras atividades e o aumento da tolerância (OMS, 1993).

Nesse intento, o uso abusivo/a dependência ou transtornos relacionados ao uso da substância provocam inúmeras alterações significativas nos valores pessoais, familiares e sociais com sintomas físicos, comportamentais e cognitivos, causando problemas nas diferentes esferas da vida, em que o indivíduo se encontra em um estado compulsivo de uso, aumentando o risco de comorbidades associadas, mortalidade precoce, aumento da violência, entre outros impactos causados que implicam nos fatores orgânicos, sociais, políticos, legais e culturais desse fenômeno (CAPISTRANO, 2013).

Na saúde física, o uso abusivo de algumas SPA, como as injetáveis, está relacionado a doenças infecciosas e inflamatórias, como o contágio pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites por meio do compartilhamento de seringas. Além disso, o uso de álcool provoca alterações no fígado, pâncreas e estômago; enquanto o consumo exacerbado de cocaína pode causar infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais; e a maconha, após uso prolongado, pode acarretar prejuízos à atividade locomotora e à memória, bem como causar a “síndrome amotivacional” (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010). Ademais, podem desencadear a síndrome de abstinência com sintomas como cefaleia, convulsão, tremores, astenia, náuseas e vômitos (SILVA *et al.*, 2016).

Entretanto, alguns fatores influenciam diretamente nos seus efeitos, de forma específica, tais como idade, gênero, dieta nutricional, fatores genéticos, patologias

preexistentes, hábitos de vida e padrão de consumo. Dessa maneira, afirma-se que indivíduos mais jovens apresentam maior tolerância às SPA e conseqüentemente promovem o maior consumo, a dependência e a presença de transtornos relacionados. No público feminino, há uma metabolização mais lenta das SPA, tornando-o mais suscetível aos danos; e a dieta influencia diretamente a metabolização, já que uma alimentação prévia favorece uma absorção mais lenta, diminuindo os sintomas. Além disso, a presença de transtornos mentais associados, bem como o uso de múltiplas SPA concomitante, causa maiores prejuízos à saúde dos indivíduos (CERQUEIRA, 2015).

Ressalta-se, ainda, que o uso abusivo de SPA resulta em diversos prejuízos no contexto social, entre eles o familiar, com relações fragilizadas principalmente com cônjuges e filhos, interrupção dos estudos e a incapacidade de realizar tarefas na sociedade, podendo gerar problemas laborais, que ocasionam, muitas vezes, o desemprego devido ao quadro de desorganização causado pelo consumo abusivo (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Assim, esses indivíduos se encontram em maior situação de vulnerabilidade social, pois apresentam limitação quanto ao acesso à escola, trabalho formal e problemas referentes às relações interpessoais fragilizadas, favorecendo para que vivam em situação de rua e, conseqüentemente, tornando-os mais suscetíveis aos riscos relacionados à saúde (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015).

Dessa forma, o uso abusivo de SPA se configura como um problema complexo, envolvido no contexto biopsicossocial, que pode prejudicar a saúde física e mental desses indivíduos, uma vez que cerca de 50% das pessoas que consomem SPA apresentam diagnóstico de transtorno mental associado, como esquizofrenia e transtorno bipolar (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

Assim, são necessárias estratégias de abordagem eficaz a esses indivíduos para avaliar e detectar os problemas físicos e mentais decorrentes do uso de drogas com o objetivo de minimizar o agravamento do quadro clínico e os impactos na saúde física e mental, na família e sociedade (SILVA *et al.*, 2016).

Nessa ótica, o Ministério da Saúde instituiu a Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, no ano de 2003, a fim de subsidiar o cuidado aos indivíduos envolvidos nesse contexto, com foco na prevenção, tratamento e educação direcionada ao consumo dessas substâncias, com ações intra e intersetoriais focadas na atenção comunitária para reabilitação e reinserção social desses usuários (BRASIL, 2003).

As diretrizes da política supracitada estavam de acordo com a Lei Federal 10.216 de 2001 que constituía a política de saúde mental oficial, na qual o Ministério da Saúde propôs

a ampliação do número de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) para funcionar como equipamento assistencial de referência para o público-alvo na perspectiva do cuidado integral com estratégias de redução de danos sociais e à saúde e o fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária (BRASIL, 2003).

Logo, ressaltou-se a necessidade da atenção integral aos usuários de SPA, com foco em ações de promoção à saúde desses indivíduos, compreendendo o desenvolvimento permanente de fatores de proteção, individuais e coletivos em todos os níveis de atenção, procurando desconstruir a ideia que o usuário é um doente e necessita ser isolado ou de internação, ou seja, procurou potencializar ações comunitárias com foco nos sujeitos, para além da culpabilização, mas, sim, buscando enfrentar as vulnerabilidades e exclusões sociais com políticas de redução de danos (SILVA; ABRAHÃO, 2019).

A redução de danos é organizada com foco no princípio da ética do cuidado, na tentativa de minimizar as vulnerabilidades decorrentes do uso e abuso de SPA, respeitando as singularidades dos indivíduos por meio de estratégias que defendam a sua vida, e não somente com objetivo de interromper o uso (BRASIL, 2015). Dentre as medidas de redução de danos, apontam-se:

informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”); prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar; orientação para prática do sexo seguro; divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos (BRASIL, 2015, p.40).

Nessa premissa, o usuário se torna protagonista no seu cuidado e os profissionais nos serviços devem pensar em ações que potencializem a reinserção social dos usuários, buscando o equilíbrio nas diferentes esferas da vida, com objetivo de promover a autonomia, fortalecendo o vínculo entre os envolvidos, valorizando os direitos humanos e possibilitando o cuidado integral (TISOTT *et al.*, 2019).

Entretanto, o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, substituiu a ideia de redução de danos, para redução de demanda e oferta, propondo que as ações envolvendo usuários de SPA tenham como objetivo a abstinência em relação ao uso de drogas, diminuindo a demanda com estratégias de prevenção, promoção e manutenção da abstinência, bem como promoção à saúde, na mesma maneira que busca reduzir a oferta com ações de segurança pública, defesa e regulação das substâncias e suas produções (BRASIL, 2019).

Além disso, busca estimular e apoiar na perspectiva financeira a estrutura física e o

funcionamento de comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019). Todavia, autores apontam que esses serviços violam os direitos humanos, os princípios da autonomia e o cuidado em liberdade, podendo prejudicar a reinserção social, com restrições importantes devido ao objetivo específico da abstinência, caminhando na contramão para o cuidado integral (SILVA; ABRAHÃO, 2019).

Assim sendo, observa-se um conjunto de fatores e enunciados importantes no contexto do tratamento e reabilitação do usuário de SPA, no que concerne ao discurso sobre redução de danos, proibição e abstinência do uso de substâncias. Nessa conjuntura, o que se enfatiza é a necessidade do cuidado integral ao usuário visando, principalmente, à promoção da saúde mental e qualidade de vida para prevenir transtornos mentais relacionados e o risco de suicídio.

3.2 Concepções históricas, epidemiológicas e terapêuticas sobre o suicídio

O termo suicídio é originado do latim a partir da associação de *sui* e *caedes*, que denotam si mesmo e ação de matar, respectivamente (CORREA; BARRETO, 2006). Esse vocábulo foi primeiramente utilizado pelo inglês Sir Thomas Browne e pelo abade francês Desfontaines, no século XVII, para definir o assassinato ou morte de si mesmo (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007).

No entanto, o suicídio é um fenômeno que perpassa diferentes épocas e sua concepção foi modificada a partir das discussões geradas com o decorrer da história. Na Grécia Antiga, o suicídio era considerado um ato clandestino e ilegítimo, exceto quando havia o consentimento do Estado, em que o indivíduo deveria expor às autoridades os motivos para realizar tal ato a fim de demonstrar uma causa “nobre”. Em casos de consentimento, o Estado promovia a aquisição dos meios para o suicídio, caso contrário o suicida não desfrutava de sepultura e ritos funerários como forma de punição (KALINA; KOVADLOOF, 1983). Na Roma Antiga, essa concepção é similar, em que o indivíduo deveria apresentar ao Senado as causas ou motivos para o suicídio na busca do aceite (PARREIRA, 1988).

Na Idade Média, o suicídio foi delimitado pelas conotações religiosas predominantes na época com o clímax da fé cristã, em que a vida se constituía como dom divino e o suicídio, um pecado grave contra a vida e a religião, resultando em condenações como a destinação da alma ao inferno, mutilações ao corpo, e as riquezas daqueles que morriam por suicídio se tornavam propriedade das autoridades (KALINA; KOVADLOFF, 1983).

Entretanto, o século XVII transpôs os dogmas da Idade Média para uma concepção emblemática do dilema humano, iniciando a proliferação das discussões em obras literárias na busca de explicações científicas acerca do suicídio. Então, no século XVIII, iniciou-se a

investigação acerca do suicídio, ao invés de somente culpabilizar o indivíduo por tal ato, buscou-se atestar enfermidade, alienação, possessão e demais fatores relacionados (PALHARES; BAHLS, 2003).

Além disso, a análise direcionada ao suicídio foi ampliada para outras nuances, tais como a liberdade do indivíduo de opções, fatores sobrenaturais, sentimentos e doenças que poderiam interferir diretamente no suicídio, tais como a loucura (DEL PRIORE, 2011). E assim, médicos e filósofos iniciaram novas concepções, como o psiquiatra francês Jean-Étienne Dominique Esquirol que primeiro afirmou o autoextermínio como produto de uma doença mental (CORREA; BARRETO, 2006). E logo, enfatizou-se sobre o suicídio como resultado de sofrimento psíquico e social relacionado às questões inerentes à sociedade.

Nessa perspectiva, Durkheim (1897) aborda a subversão do suicídio às condições naturais da sociedade, em que a prática da autodestruição não advém somente de motivações pessoais, mas, sim, com predomínio de razões sociais, constituindo, dessa forma, um fenômeno complexo social relacionado à coletividade, diferentes culturas e a coesão social do indivíduo. Dessa forma, o suicídio é considerado um fenômeno complexo e multidimensional, que pode ser definido como a ação definitiva realizada pelo próprio indivíduo com a finalidade de almejar o óbito, de maneira consciente e intencional, com meios considerados letais. Ademais, tem-se o comportamento suicida que vai além do suicídio propriamente dito, mas engloba os pensamentos, o plano, a tentativa e, por fim, o suicídio consumado (ABP, 2014).

Nessa conjuntura, observa-se a presença do comportamento suicida na história da humanidade de maneira perdurável. Todavia, os índices se encontram crescentes, uma vez que se configuram entre as 3 principais causas de óbito na faixa etária de 15 a 44 anos de idade, no cenário mundial, sendo responsável por aproximadamente 1 milhão de óbitos anualmente no mundo, correspondendo a 1,4% do total de mortes (WHO, 2014).

Dessarte, o suicídio é considerado um grave problema de saúde pública mundial, visto que a cada 40 segundos acontece 1 óbito por suicídio no planeta, sem contar as tentativas de suicídio e os agravos não notificados, que correspondem a um número 10 a 20 vezes maior do que o suicídio em si (WHO, 2014).

O Brasil está entre os 10 países que mais registram suicídio em números absolutos. Em 2012, registraram-se 11.821 casos com um índice de 5,3 para cada 100.000 habitantes, porém esse número se encontra crescente, uma vez que, ao analisar a série temporal de 1998 a 2008, constatou-se o aumento da população em 17,8%, enquanto as taxas de suicídio cresceram 33,5% (BRASIL, 2013; BOTEAGA, 2014).

Conquanto, em virtude de o Brasil apresentar uma extensa área territorial, a

mortalidade por suicídio no país diverge nas regiões brasileiras, observando-se maior incidência no Sul, com 9,8 por 100.000 habitantes; em seguida, 7,6 no Centro-Oeste; 5,6 no Sudeste; 5,3 no Norte; e 5,2 no Nordeste. Todavia, ao analisar esses índices por 13 anos (2000- 2012), a mortalidade no Sul e no Centro-Oeste apresenta um declínio, enquanto no Nordeste se observou o maior crescimento durante o período, correspondendo a 72,4%, relacionado à alteração de 3,0 suicídios por 100 mil habitantes, em 2000, para 5,2, em 2012 (MACHADO; SANTOS, 2015).

Nos anos de 2010 a 2014, observou-se uma discreta redução na taxa média de mortalidade por suicídio no Nordeste, expressa por 5,14 óbitos para cada 100 mil habitantes, em que cerca de 75% dos municípios apresentaram uma taxa máxima de até 7,19 para 100 mil habitantes. O estado do Piauí denotou maior valor, com 7,77 óbitos, seguido pelo Ceará com taxa média de 6,92 e valor máximo de 17,30 em um município do estado, demonstrando índices alarmantes ao comparar com a taxa nacional (SANTOS; BARBOSA, 2017).

Nesse ínterim, percebe-se o quanto o suicídio é um processo dinâmico e complexo que atinge todas as culturas de maneiras distintas, envolvendo múltiplos fatores e suas interações decorrentes dos aspectos psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais, sendo considerado a consequência de uma série de fatores acumulados ao longo da vida do indivíduo que podem resultar em tal ato (BOTEGA, 2015). Na tentativa de melhor conhecer e delimitar a epidemiologia da violência autodirigida, estudos analisam os grupos populacionais mais vulneráveis ou acometidos por tal.

Logo, ao investigar a caracterização epidemiológica do suicídio, verifica-se que o predomínio do sexo masculino já é bem estabelecido na literatura, enquanto há maior presença do sexo feminino nas tentativas de suicídio. Esse achado é justificado pelo fato de os homens utilizarem meios mais letais para cometer a violência autodirigida, tais como enforcamento, arma de fogo e intoxicações graves por pesticidas, uma vez que as mulheres usam métodos menos letais (OLIVEIRA; BEZERRA FILHO; GONÇALVES-FEITOSA, 2014; BOTEGA, 2014).

O suicídio em homens é aproximadamente três vezes mais frequente do que em mulheres, enquanto na tentativa de suicídio, esses dados são inversos, com número três vezes maior entre as mulheres. Além disso, destacam-se os maiores níveis de força, independência e comportamentos de risco relacionados ao sexo masculino e as relações de gênero que dificultam a procura por ajuda quando identificados sentimentos e ações de risco (ABP, 2014).

Quanto à faixa etária, estudos confirmam taxas mais elevadas em idosos. Todavia, há uma tendência crescente em adolescentes e adultos jovens, constituindo a idade entre 15 e

44 anos e acima de 60 anos de risco para a violência autodirigida (MINAYO *et al.*, 2012; FALCÃO; OLIVEIRA, 2015; CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016). Análogo a isso, um estudo evidenciou um aumento de 22,7% no número de suicídios no grupo de 25 a 59 anos, com uma taxa de 6,1 por 100 mil habitantes, em 2000, para 7,4, em 2012; e aumento de 21,8% entre jovens com 10 a 24 anos (2,8 por 100 mil habitantes, em 2000, para 3,5, em 2012), enquanto nos idosos, os índices são os maiores, porém com menor crescimento em relação aos demais, com mudança de 16,2% referente ao índice de 6,9, em 2000, para 8,0, em 2012 (MACHADO; SANTOS, 2015).

Ademais, estudos apontam o estado civil como fator determinante para o suicídio, prevalecendo a condição de solteiro, divórcio ou viuvez como de risco (FALCÃO; OLIVEIRA, 2013). Em uma pesquisa com 619 óbitos por suicídio, 71,74% eram solteiros e 21,89% casados, corroborando com outros estudos que afirmam essa relação, o que pode estar associado às relações de apoio contidas na união estável ou casamento (MOREIRA *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018).

O nível de instrução também apresenta importante relação, vista como inversamente proporcional, em que quanto menor a escolaridade, maior a taxa de suicídio (CARDONA *et al.*, 2013), como observado em uma revisão sistemática com 53 estudos realizados na Europa e América, na qual 85,7% indicaram maior risco de suicídio naqueles indivíduos com baixa escolaridade (CANO-MONTALBAN; QUEVEDO-BLASCO, 2018). Essa relação é embasada na teoria que um bom nível educacional influencia diretamente na interação e *status* social e econômico, minimizando índices de desemprego, renda familiar desfavorável e problemas financeiros, que também são vistos como risco para o suicídio (MOREIRA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, alguns aspectos psicológicos, como condições de saúde limitantes, perdas ou luto recente, personalidade impulsiva ou agressiva, ter sofrido violência ou abuso físico ou sexual na infância, bem como ausência de apoio familiar ou isolamento social, são classificados como fatores predisponentes para o suicídio. Também se destaca a presença de histórico familiar de suicídio, comorbidades clínicas limitantes ou incapacitantes, tentativa de suicídio prévia, transtorno mental e o uso de SPA (ABP, 2014).

A existência de um transtorno mental é enfatizada na maioria dos casos, como exemplificado em uma revisão com 31 artigos, em que aproximadamente 90% dos suicídios estavam relacionados a um transtorno mental, com destaque para depressão, transtorno bipolar, ansiedade e transtorno relacionado ao uso de SPA, tornando-se ainda mais acentuado quando há combinações entre eles, como a coexistência entre depressão e o uso de SPA (BOTEGA, 2014).

Contudo, reafirma-se que o suicídio é um fenômeno complexo que não pode ser analisado de forma meramente pontual com definição fixa acerca do seu contexto. Contudo, esses achados facilitam a identificação de pessoas em risco para que possam ser realizadas ações de prevenção de maneira a evitar possíveis tentativas de suicídio e o suicídio consumado, uma vez que geram importantes impactos emocionais e sociais para familiares, amigos e demais indivíduos da rede de relações do indivíduo. Para cada suicídio, estima-se cerca de cinco ou seis pessoas próximas que sofrem com consequências emocionais, sociais e econômicas (OMS, 2000; GAJALAKSHMI; PETO, 2007; DE LEO, 2012) . Além disso, destaca-se o impacto nos serviços e instituições de saúde decorrente dos gastos derivados dos atendimentos de emergência, ambulatoriais e tratamento de sequelas daqueles indivíduos sobreviventes (MACHADO; SANTOS, 2015).

Diante disso, evidenciando-se a necessidade de ações direcionadas à prevenção do suicídio, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma iniciativa mundial denominada *Suicide Prevention Program* (SUPRE), incentivando os países para a prevenção do suicídio conforme suas particularidades territoriais, em que o Brasil se destaca com várias publicações relacionadas (OMS, 2000).

Em 2004, as autoridades de 15 países se reuniram para discutir acerca dos pontos diretamente relacionados ao suicídio e cruciais para a prevenção, sendo apontadas 5 prioridades, a saber: o tratamento de transtornos mentais; restrição do acesso a métodos para o ato; abordagem adequada nos sistemas de comunicação; programas de educação e informação nas escolas, público geral e trabalhadores do setor sanitário e social; a busca ativa e triagem de pessoas com alto risco para o comportamento suicida (BERTOLOTE, 2012).

Diante da relevância do tema, em 2003, instituiu-se o Dia Mundial para a prevenção do suicídio pela OMS e a Associação Internacional para a Prevenção do suicídio a fim de prevenir o comportamento suicida por meio da adoção estratégica pelos países. Atualmente, nesse dia, realizam-se cerca de 600 atividades em 70 países do mundo (CVV, 2016). Posteriormente, no Brasil, lançaram-se as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio por meio da Portaria nº 1876, de agosto de 2006, as quais foram consideradas um pontapé para a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, também instituída em 2006 (ESTELLITALINS, 2012).

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio almejavam principalmente a estruturação da rede de atendimento, capacitação dos profissionais e incentivos à pesquisa. Além disso, expôs e orientou ações visando promover a qualidade de vida, realizar prevenção primária, secundária e terciária, bem como atuar no tratamento e reabilitação psicossocial de

maneira intersetorial (BRASIL, 2006).

Em 2011, o suicídio e a tentativa de suicídio foram adicionados como agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2011). Em 2013, estabeleceu-se o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio com a finalidade de reduzir os números alarmantes. E em 2014, quando a OMS divulgou o Relatório Global para Prevenção do Suicídio e demonstrou a magnitude do fenômeno com índices preocupantes, o suicídio se tornou um grave problema de saúde pública, denotando a necessidade de atividades de prevenção mais eficientes. Nessa perspectiva, em 2015, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) agregada com o Centro de Valorização da Vida (CVV) instituiu o “setembro amarelo” para enfatizar ações de prevenção e divulgar informações a respeito do tema (CVV,2016).

Nesse contexto, reitera-se a necessidade de fortalecer essas ações a fim de minimizar o número de suicídios com estratégias para além de atividades pontuais, mas com ações contínuas em uma rede de saúde bem integrada em todos os âmbitos do sistema de saúde com o objetivo de reduzir o estigma relacionado ao tema, informar a população sobre o assunto e a rede disponível para ajudar. Além disso, faz-se necessário promover a qualidade de vida, realizar manejo dos fatores predisponentes e proporcionar o acompanhamento integral (ABP, 2014).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipologia e abordagem do estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo correlacional com delineamento transversal. A pesquisa transversal é aquela em que a exposição ao fator ou causa está presente com o efeito em um grupo de indivíduos, no mesmo intervalo de tempo analisado (POLIT; BECK, 2011). Esses estudos possibilitam produzir informações sobre a frequência ou prevalência de uma doença ou fatores de risco em determinado tempo, bem como realizar associações entre a variável desfecho e suas covariáveis (ROUQUAYROL; GURGEL, 2017).

Nessa perspectiva, buscou-se analisar a presença de transtorno mental e o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas, em que o uso de SPA se configurou como fator de exposição, enquanto a presença de risco de suicídio ou transtornos mentais está referente à variável desfecho.

Além disso, a pesquisa descritiva possibilita desenvolver ideias e hipóteses acerca do objeto, tendo como propósito descrever com precisão as características da população específica, no caso dos usuários de SPA, no que concerne aos dados do perfil sociodemográfico, clínico e uso de substâncias, à presença de transtorno mental e risco de suicídio, bem como à existência de associação entre as variáveis por meio de instrumentos para a coleta de dados (GIL, 2017).

Para isso, utilizou-se a abordagem quantitativa, a qual avalia a gravidade, o risco e a tendência de doenças e agravos. Esta pesquisa propõe uma alta precisão dos resultados, reduzindo as distorções de análise e garantindo uma margem de segurança válida para as inferências, possibilitando um nível de confiabilidade maior com instrumentos padronizados e probabilidades estatisticamente significantes (RICHARDSON, 2015).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nos municípios cearenses que conformam a 11ª Região de Saúde (11ª CRES). No Ceará, os territórios são divididos em regiões de saúde, conforme o plano de regionalização e municipalização da saúde, princípio e diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim sendo, há 22 regiões, e o cenário da pesquisa correspondeu aos serviços da 11ª Região de Saúde (11ª CRES) referente à macrorregião de Sobral, situada no norte do estado e constituída por 24 municípios circunvizinhos (Figura 1), tornando-se a maior coordenadoria do Estado em números de municípios com uma estimativa populacional de

bem delimitada para que se tenha uma amostra representativa, uma vez que esse público está presente em todos os segmentos da sociedade. Todavia, necessita-se de uma delimitação para que se obtenha uma amostra mais precisa e fidedigna, minimizando o viés de amostragem ou de autosseleção, em que uns teriam mais oportunidade de participar do que outros.

Além disso, a utilização desses serviços possibilita uma comparação da saúde mental dos usuários atendidos, uma vez que são considerados de referência para o atendimento ao público-alvo do estudo nas diferentes modalidades, tornando-se fundamentais para a pesquisa.

4.3 População e amostra

A amostra do estudo foi constituída por usuários acompanhados nos serviços supracitados em decorrência do uso abusivo de SPA, sendo excluídos aqueles que apresentaram algum *deficit* cognitivo grave ou que não tinham condições de serem entrevistados por falta de comunicação verbal ou por estarem sob o efeito de alguma substância no momento da entrevista.

Ressalta-se que o estudo não utilizou a faixa etária como critério de inclusão. Contudo, para os indivíduos menores de 18 anos, utilizaram-se o Termo de Assentimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os quais necessitaram da assinatura de um familiar ou responsável. Essa decisão foi fundamentada na literatura, uma vez que o uso de SPA apresenta índices crescentes na população e com evidências de uma experimentação mais precoce, aumentando os índices em adolescentes e faixas etárias mais jovens (FALCÃO; OLIVEIRA, 2015). Isso justifica a importância de investigar esse público para evitar perda de informação, além de possibilitar potentes associações ao comparar as idades e os desfechos da pesquisa, no tocante à saúde mental desses indivíduos.

Assim, para o cálculo amostral, realizou-se uma pesquisa no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dos atendimentos realizados aos usuários de SPA nos serviços de saúde mental da 11ª CRES, sendo mensalmente atendidos aproximadamente 1.120 em Sobral e 265 nos outros municípios correspondentes. Desse modo, utilizou-se o atendimento mensal dos serviços como média para o cálculo da amostra, uma vez que no DATASUS não há o número de usuários acompanhados.

Dessa forma, utilizou-se a amostra estratificada simples, calculando-se uma amostra para o município de Sobral e outra para os demais, haja vista que aquele município apresenta 80,8% de usuários atendidos ao total na região. Posteriormente, realizou-se o cálculo para os demais municípios, conforme a porcentagem representada no total da população. Para ambos os locais, utilizou-se a fórmula a seguir, indicada para variável qualitativa desfecho,

supondo população finita.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q)}$$

Em que:

N = tamanho da população;

Z= nível de confiança escolhido;

P = porcentagem com a qual o fenômeno se verifica;

Q = porcentagem complementar;

n = tamanho da amostra;

e = erro máximo permitido.

Assim, fixou-se um nível de significância de 95%, uma proporção de 50% de usuários e, ainda, um erro absoluto de 5%. Esses valores empregados na fórmula forneceram uma amostra de 287 usuários para Sobral e 156 para os outros municípios. Para estes, fez-se uma estratificação, conforme a seguir.

Tabela 1- Número de atendimentos por usuários de SPA nos serviços de saúde mental e amostra considerada para o desenvolvimento da pesquisa, Ceará, Brasil, 2019

| Cidade | População | Amostra |
|------------------------------|-----------|---------|
| Sobral | 1120 | 287 |
| Subtotal | 1120 | 287 |
| Cidade (Outros municípios) | População | Amostra |
| Cariré | 16 | 10 |
| Coreaú | 19 | 11 |
| Forquilha CAPS | 19 | 11 |
| Forquilha CT* | 48 | 28 |
| Graça | 16 | 10 |
| Ipu | 49 | 29 |
| Santa Quitéria | 79 | 46 |
| Varjota | 19 | 11 |
| Subtotal (outros municípios) | 265 | 156 |
| Total | 1385 | 443 |

Fonte: Própria. *Forquilha CT: Comunidade Terapêutica localizada no município de Forquilha.

Destaca-se que os usuários de SPA internados na comunidade terapêutica

localizada no município de Sobral eram atendidos e vinculados ao CAPS AD do município. Portanto, a amostra dos dois serviços foi calculada de forma integrada, unificando as das duas populações. Desse modo, participaram da pesquisa 497 usuários de SPA atendidos nos serviços de saúde da 11ª CRES. Justifica-se o aumento de 12% em relação ao cálculo amostral na tentativa de minimizar o viés devido à possibilidade de perdas amostrais por valores faltantes em algumas variáveis.

4.4 Período do estudo

O estudo foi realizado durante os dois anos (2018-2020) de integração no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF). A coleta de dados ocorreu em seis meses, no período de janeiro a julho de 2019, e os demais foram utilizados para a definição do objeto, delineamento da pesquisa, revisão da literatura e análise dos dados para apresentação final.

4.5 Métodos e procedimentos para a coleta de dados

A priori, destaca-se que foi feita a articulação com os serviços participantes da pesquisa visando facilitar a entrevista com os usuários de SPA, na tentativa de conseguir um maior público para o dia da coleta. A partir disso, realizaram-se a identificação e abordagem individual dos usuários de SPA pelos profissionais apoiadores do projeto, os quais estavam vinculados ao serviço e possuíam uma maior aproximação com os usuários e, posteriormente, realizou-se a entrevista pelos pesquisadores treinados para a coleta de dados.

O estudo desfrutou da contribuição de bolsistas para a coleta de dados, os quais integram o grupo de estudo e pesquisa intitulado: Saúde Mental, Cuidado e Violência (GESAM). Eles foram previamente treinados para a coleta mediante capacitação prévia. A entrevista foi realizada em um único encontro com cada usuário.

Os participantes garantiram consentimento por meio da assinatura do TCLE e, em seguida, realizou-se a coleta a partir de dados constantes no prontuário e uma entrevista semiestruturada subsidiada por 4 instrumentos com tempo médio para aplicação de 30 a 40 minutos, em sala reservada no próprio serviço a fim de garantir a privacidade.

Os instrumentos foram o Formulário sociodemográfico, clínico e padrão de consumo (APÊNDICE A), *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO A), Escala questionário sobre a saúde do paciente ou para avaliação de depressão (PHQ-9) (ANEXO B) e o Índice de Risco de Suicídio - IRIS (ANEXO C). As escalas SRQ- 20 e PHQ-9 foram preenchidas pelos usuários, enquanto as demais, aplicadas na entrevista e assinaladas pelo pesquisador. Todavia, ressalta-se que para os usuários sem escolaridade todos os instrumentos

foram registrados pelo pesquisador responsável.

O Formulário sociodemográfico, clínico e de padrão de consumo foi adaptado de Silva *et al.* (2017), o qual busca caracterizar os participantes quanto às variáveis sexo, idade, cor da pele autorreferida/raça, religião, escolaridade, ocupação, estado civil, número de filhos, renda familiar (em salários mínimos), número de moradores no domicílio e situação de moradia.

Nos aspectos clínicos, investigaram-se a hipótese diagnóstica principal e presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas, bem como sua relação com o uso de SPA, para avaliar se foi antes ou após o uso. No que concerne ao consumo de SPA, questionou-se a idade do primeiro uso da SPA, a SPA de primeiro uso, as mais utilizadas (de escolha) e a SPA problema, a presença de histórico familiar de uso de SPA, assim como o tempo em abstinência dessas substâncias.

Para a classificação das SPA, utilizou-se como referência o teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test / ASSIST*), o qual foi desenvolvido com apoio da Organização Mundial da Saúde e divide as SPA em nove classes: derivados do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína/*crack*, estimulantes/anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos, opioides ou outras substâncias (HENRIQUE *et al.*, 2004).

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) foi originalmente desenvolvido por Harding *et al.* (1980) em 8 países, composto por 30 questões (SRQ-30) que buscavam rastreamento psiquiátrico, em que 20 abordam os sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não psicóticos, 4 para investigar transtornos psicóticos, 1 para convulsão e 5 para transtorno relacionado ao uso de álcool (LIMA; HOTOPF; MARI, 1999). Entretanto, as variáveis para investigar psicose ficaram em desuso devido à baixa sensibilidade, o que possibilitou uma adaptação do instrumento com 20 questões para rastreamento de transtornos não psicóticos (SRQ-20), sendo, inclusive, recomendado pela OMS pela facilidade de manuseio e custo reduzido.

Nessa perspectiva, o SRQ 20 já foi validado em diversos países, inclusive no Brasil (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008), apresentando bom desempenho em termos de identificação de casos positivos e negativos, bem como efetividade para uso em larga escala. É constituído de 20 questões e utilizado como ponto de corte 7/8 para a presença de transtorno mental comum ou sofrimento mental, destacando-se a sua funcionalidade para rastreamento e não diagnóstico, apresentando sensibilidade de 86,33%, especificidade de 89,31%, valores preditivos positivos e negativos de 76,43% e 94,25%, respectivamente (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

Além disso, utilizou-se o PHQ-9 derivado do PRIME-MD 12, que foi originalmente desenvolvido para identificar cinco transtornos mentais comuns: depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtornos somatoformes e transtornos de alimentação (SPITZER *et al.*, 1994). No Brasil, foi validado por Osório *et al.* (2009) e se caracteriza por ser um instrumento de aplicação relativamente rápida, contendo nove questões, com a finalidade de avaliar a frequência de sinais e sintomas de transtorno depressivo nas últimas duas semanas (SANTOS *et al.*, 2013).

O PHQ-9 avalia os nove sintomas para episódio depressivo, que consistem em humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de inutilidade, distúrbios na concentração, lentidão ou inquietação excessiva e pensamentos suicidas. Além disso, o questionário contém uma décima pergunta que avalia a influência desses sintomas no desempenho das atividades diárias (SANTOS *et al.*, 2013). Cada item pode ser pontuado em uma escala tipo Likert de 4 pontos, que varia de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos dias), ou seja, a pontuação pode ser de 0 a 30 com indicador positivo a partir do valor maior ou igual a 10 (BERGEROT; LAROS; ARAÚJO, 2014). A escolha pelo PHQ-9 se deu pelo fato de episódios depressivos estarem muito relacionados ao risco de suicídio.

Por fim, utilizou-se o IRIS, visto como de rápida e simples execução, para investigação do risco de suicídio. É composto por 12 itens referentes a aspectos sociodemográficos, ao contexto envolvido e à esfera suicida, em que o escore total máximo é 20, a saber: $(3 \times 1) + (7 \times 2) + 3 = 20$, ou com a presença de plano suicida já obtém o escore total permitido. Para isso, estimaram-se pontos de corte, divididos em três grupos, tais como risco reduzido com escore menor que 5; risco intermediário com escore total entre 5 e 9; e risco elevado com valor total maior ou igual a 10 (VEIGA *et al.*, 2014).

4.5.1 Dificuldades no campo

Considerou-se necessária a elaboração deste tópico, uma vez que o estudo abrangeu oito municípios da região com coleta de dados presencial de um grupo específico, emergindo alguns impasses no processo. De início, aponta-se a dificuldade na delimitação da população de usuários de SPA atendidos nos serviços para calcular a amostra, uma vez que não havia números atualizados. Também houve certos obstáculos referentes à articulação prévia com alguns municípios para a assinatura da carta de anuência.

Alguns gestores, mesmo aprovando a realização da pesquisa por meio da carta de anuência, restringiram o seu apoio necessário durante o trabalho de campo, com cancelamento

do agendamento da coleta. Referente à entrevista para coleta de dados, em alguns municípios, poucos usuários de SPA estavam presentes nos dias para coleta, mesmo com o agendamento prévio com a equipe do serviço. Isso suscitou a necessidade de aumentar a frequência de ida ao serviço e, em um município específico, foi necessária a realização de visita domiciliar em conjunto com os profissionais apoiadores para concluir a coleta. Destaca-se que, para cada serviço, eram deslocados, no mínimo, três entrevistadores para facilitar o processo.

Ademais, alguns profissionais apresentaram dificuldades em determinados momentos para a identificação e abordagem dos participantes, resultando em uma permanência maior dos entrevistadores no município. Aponta-se, ainda, a mudança de bolsistas para coleta de dados, os quais precisaram de maior capacitação para dispor de habilidade no momento. Ressalta-se que o auxílio dos bolsistas no processo de coleta de dados foi considerado de grande relevância para o estudo.

4.6 Apresentação e análise dos dados

Os dados foram processados nas seguintes etapas: análise estatística descritiva e inferencial. A primeira tem o objetivo de descrever e sintetizar os dados a fim de permitir uma visão global da variação desses valores (POLIT; BECK, 2011). Enquanto que a estatística inferencial preocupa-se em obter conclusões gerais por meio de correlações. Dessa forma, os dados foram compilados no Microsoft Excel 10 e utilizou-se o *software* R, versão 3.4.2, para análise.

Para comparar as variáveis categóricas, como o risco de suicídio (IRIS), transtorno mental comum (SRQ-20) e episódio depressivo maior (PHQ-9), utilizou-se o teste Qui-quadrado de independência e razão de prevalência como medida de magnitude do efeito, bem como para verificar associação desses instrumentos com as variáveis categóricas relacionadas ao perfil sociodemográfico, clínico e associadas ao consumo de SPA. No entanto, pontua-se que não se utilizou medida de magnitude ao avaliar a associação com o risco de suicídio (IRIS) por haver três categorias, no que concerne ao risco reduzido, intermediário e elevado, impossibilitando a avaliação 2 x 2.

4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Este estudo foi orientado a partir da Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a qual incorpora os cinco referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, visando garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e

ao Estado (BRASIL, 2012).

Dessa forma, o princípio da autonomia foi garantido por meio da informação sobre os objetivos e propósitos da pesquisa, bem como seus possíveis riscos e benefícios, para assegurar a decisão voluntária do usuário quanto a sua participação. Além disso, garantiu-se o direito de retirar o consentimento a qualquer momento, sem implicações na assistência à saúde prestada. Ressalta-se, ainda, que os usuários de SPA que estavam sob efeito dessas substâncias no momento da entrevista não foram convidados para participarem do estudo, uma vez que isso influencia diretamente na sua condição psíquica e capacidade de tomar decisões, infringindo a autonomia plena.

A pesquisa apresentou riscos mínimos com a intenção de garantir o princípio da não maleficência. Mesmo se tratando de uma pesquisa observacional, responsabilizou-se por minimizar os possíveis danos ou riscos mediante codificação das informações de identificação no sentido de preservar o sigilo e confidencialidade. Buscou-se um local reservado e cômodo para aplicação do questionário e entrevista que garantisse a privacidade do participante. Ademais, realizou-se uma abordagem cuidadosa e empática visando evitar discriminação de qualquer natureza em relação às respostas e condição do participante, bem como impedir a expressão de crenças e valores que possam estar relacionados a algum estigma.

Além disso, os pesquisadores profissionais estiveram disponíveis para escuta ativa e foram encaminhados aos profissionais dos serviços aqueles participantes que apresentaram maior suscetibilidade ao comportamento suicida, especialmente os que evidenciaram risco elevado ou plano suicida no IRIS.

Quanto ao princípio da beneficência, esta pesquisa contribui para um diagnóstico situacional acerca da situação de saúde mental dos usuários de SPA atendidos nos CAPS e comunidades terapêuticas da 11ª CRES, no que diz respeito à presença de transtornos mentais associados e ao risco de suicídio, e assim fornecer informações precisas que possam ser utilizadas como subsídios para a gestão do cuidado na tomada de decisões e elaboração de estratégias potentes no cuidado a esse público referente à saúde mental, possibilitando a promoção da saúde, de maneira geral.

Assim sendo, reafirma-se que os princípios de equidade e justiça também foram assegurados e todos os participantes tiveram um tratamento atento de forma justa e equitativa. O consentimento foi legitimado por meio do TCLE (APÊNDICE B), o qual os usuários assinaram após aceitarem participar do estudo. Destaca-se que os participantes menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento (APÊNDICE C) e o seu responsável, o TCLE, constituído geralmente pelo acompanhante do usuário no serviço.

O estudo recebeu a adesão a partir da assinatura da Carta de anuência das Secretarias de Saúde dos municípios participantes e, posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), obtendo aprovação com parecer nº 2.739.560 (ANEXO D). Ressalta-se que esta dissertação integra um pesquisa maior intitulada: Saúde Mental e o Risco de Suicídio em Usuários de Drogas, financiada pelo Edital FUNCAP nº 03/2018 do Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e à Inovação Tecnológica (BPI).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conhecer para cuidar: caracterização sociodemográfica, clínica, econômica e aspectos relacionados ao consumo de SPA

Para compreender a interface entre a presença de transtornos mentais e o risco de suicídio em usuários de SPA é essencial, primeiramente, identificar o perfil destes, no que concerne aos aspectos sociodemográficos, clínicos e padrão de consumo das SPA. Nessa perspectiva, a Tabela 2 apresenta os dados encontrados referentes ao sexo, serviços, faixa etária, cor da pele, religião, escolaridade, estado civil, ocupação e a presença de filhos.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | n | % | IC95% |
|--|-----|------|-------------|
| 1. Sexo | | | |
| Masculino | 397 | 79,9 | 76,0 – 83,3 |
| Feminino | 100 | 20,1 | 16,7 – 24,0 |
| 2. Serviços | | | |
| CAPS | 437 | 87,9 | 84,6 – 90,6 |
| Comunidade Terapêutica | 60 | 12,1 | 9,4 – 15,3 |
| 3. Faixa etária (anos) Média ±DP: 37,6 ± 12,8 | | | |
| 12-19 | 40 | 8,1 | 5,9 – 10,9 |
| 20-35 | 196 | 39,4 | 35,1 – 43,9 |
| 36-49 | 167 | 33,6 | 29,5 – 38,0 |
| 50-59 | 70 | 14,1 | 11,2 – 17,5 |
| 60-69 | 24 | 4,8 | 3,2 – 7,2 |
| 4. Raça/Cor da pele | | | |
| Branca | 94 | 18,9 | 15,6 – 22,7 |
| Preta | 66 | 13,3 | 10,5 – 16,6 |
| Parda | 330 | 66,4 | 62,0 – 70,5 |
| Amarela | 7 | 1,4 | 0,6 – 3,0 |
| 5. Religião | | | |
| Sem religião | 142 | 28,6 | 24,7 – 32,8 |
| Com religião | 355 | 71,4 | 67,2 – 75,3 |
| Católico | 228 | 45,9 | 41,4 – 50,4 |
| Evangélico | 118 | 23,7 | 20,1 – 27,8 |
| Outras | 9 | 1,8 | 0,9 – 3,5 |
| 6. Escolaridade | | | |
| Sem escolaridade | 48 | 9,7 | 7,3 – 12,7 |
| Ensino fundamental | 250 | 50,3 | 45,8 – 54,7 |
| Ensino médio | 173 | 34,8 | 30,6 – 39,2 |
| Ensino superior | 26 | 5,2 | 3,5 – 7,7 |
| 7. Ocupação | | | |
| Sem ocupação | 287 | 57,8 | 53,2 – 62,1 |
| Com ocupação | 210 | 42,2 | 37,9 – 46,7 |
| Informal | 139 | 28,0 | 24,1 – 32,2 |
| Formal | 15 | 3,0 | 1,8 – 5,0 |
| Estudante | 56 | 11,3 | 8,7 – 14,5 |
| 8. Estado Civil | | | |
| Sem companheiro | 345 | 69,4 | 65,1 – 73,4 |

| Variáveis | n | % | (Continua) |
|------------------------|-----|------|-------------|
| | | | IC95% |
| 8. Estado Civil | | | |
| Solteiro | 249 | 50,1 | 45,6 – 54,6 |
| Separado/divorciado | 86 | 17,3 | 14,1 – 21,0 |
| Viúvo | 10 | 2,0 | 1,0 – 3,8 |
| Com companheiro | 152 | 30,6 | 26,6 – 34,9 |
| Casado | 91 | 18,3 | 15,1 – 22,0 |
| União estável | 61 | 12,3 | 9,6 – 15,6 |
| 9. Filhos | | | |
| Não | 180 | 36,2 | 32,0 – 40,6 |
| Sim | 317 | 63,8 | 59,4 – 68,0 |
| 1 a 3 | 249 | 50,1 | 45,6 – 54,6 |
| 4 a 6 | 57 | 11,5 | 8,9 – 14,7 |
| 7 a 9 | 9 | 1,8 | 0,9 – 3,5 |
| Acima de 10 | 2 | 0,4 | 0,06 – 1,6 |

Fonte: Própria.

A Tabela 2 aponta que a maioria dos entrevistados corresponde ao sexo masculino (79,9%). Esse dado é confirmado na literatura, que destaca a prevalência do homem em todos os serviços de tratamento para o uso abusivo de álcool e outras drogas, sobretudo no CAPS AD, com taxas que variam de 77,4% a 89,9% desse público, conforme uma revisão de literatura realizada com 7 artigos em que todos referiram essa soberania (TREVISAN; CASTRO, 2017).

Os homens estão mais propensos ao uso de SPA, principalmente ilícitas, de forma mais precoce, por mais tempo e em quantidade e frequência maior que as mulheres, entretanto há um aumento contínuo de mulheres nesse contexto, principalmente no que concerne ao uso de opiáceos e benzodiazepínicos. Isso pode ser decorrente da maior participação feminina na sociedade associado ao aumento de pressões familiares e profissionais, bem como da igualdade dos hábitos entre os homens e as mulheres, que tendem a equiparar esses índices (ALVES; ROSA, 2016).

Ao avaliar o número de usuários por serviços, observa-se na Tabela 2 que há um predomínio do CAPS (87,9%) como serviço de acompanhamento ao usuário de SPA, relacionado tanto ao CAPS Geral como CAPS AD, o qual é equipamento especializado para o público abordado. Destaca-se que esse valor preeminente pode ser justificado pelo fato da coleta de dados ter ocorrido em oito CAPS e duas comunidades terapêuticas.

Todavia, reitera-se a importância do CAPS no acompanhamento ao usuário de SPA, o qual é visto como dispositivo de modelo na atenção à saúde mental, constituindo componente central para o tratamento e reabilitação de transtornos mentais e uso de álcool ou outras drogas com acompanhamento clínico, inclusão do usuário na sociedade e incentivo à autonomia e participação social, em que a pessoa é protagonista do seu tratamento, a fim de minimizar os danos individuais e sociais provocados pelo uso de SPA (FERREIRA *et al.*, 2016).

Quanto à idade, obteve-se uma média de 37,6 anos com alta taxa de adultos jovens entre 20 e 35 anos (39,4%), com variação geral de 12 a 74 anos, destacando-se a idade precoce desses indivíduos que já se encontram em tratamento por uso abusivo de SPA. Esses dados foram similares aos da pesquisa realizada com o mesmo público, que evidenciou 60% dos indivíduos entre a faixa de 20 a 39 anos, obtendo uma média de 35,8 anos (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

Ademais, a taxa de internação hospitalar em razão do uso abusivo de SPA é maior em indivíduos com 35 a 44 anos (FERNANDEZ; SAKAE; MAGAJEWSKI, 2018). Danieli *et al.* (2017) apontam os adultos jovens como de maior risco para o uso de drogas, já que envolve usuários com idade entre 18 e 41 anos, com declínio do uso após os 40 anos. Contudo, revelam o aumento da experimentação precoce, tornando os adolescentes a faixa etária de maior consumo, o que foi observado neste estudo, no qual já havia usuários de 12 anos em acompanhamento nos serviços de saúde mental devido ao uso problemático de SPA.

A experimentação precoce é evidente em um estudo realizado com 832 adolescentes, no qual 49,6% já haviam consumido SPA, tornando a adolescência a fase de maior risco para esse consumo em virtude da curiosidade, influência dos colegas, busca pela construção da identidade e conduta de conformidade ao grupo, aumentando, assim, a vulnerabilidade desse grupo para o uso de SPA (ELICKER *et al.*, 2015).

O fato de a maioria dos usuários ser adulto jovem pode ser justificado também pela experimentação precoce, acarretando o uso de SPA contínuo, o que pode desenvolver o consumo abusivo e, por conseguinte, prejuízos na saúde física e mental, exigindo, dessa forma, a busca por tratamento nos serviços somente na fase adulta. Essa faixa etária encontra-se mais nos serviços devido às SPA já estarem causando problemas para o indivíduo que pode estar usando há bastante tempo.

Nesse contexto, investigou-se também a raça dos entrevistados, em que a maioria se declarou parda (66,4%). Esse dado se assemelha a um estudo realizado em João Pessoa (ALMEIDA *et al.*, 2014), em que 66,1% eram pardos, entretanto uma pesquisa realizada com 217 prontuários de usuários de SPA apresentou a cor branca como predominante, com 67,8% (SILVA *et al.*, 2017). Ressalta-se que a raça pode variar conforme a localização geográfica, uma vez que o Brasil é considerado um país miscigenado e que as raças se distribuem de maneira diferente nas regiões do País, o que possibilita esses achados divergentes quanto à raça. Entretanto, destaca-se a importância de investigar tal aspecto por ainda se tratar de um importante marcador social.

Ao prosseguir com a análise do perfil, 71,4% referiram ter religião, com ênfase na

católica (45,9%), coincidindo com estudo (COSTA *et al.*, 2015) realizado em um CAPS AD com 57,1% dos usuários dessa religião. Pesquisas nacionais efetuadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam a religião católica como a de maior número de praticantes no Brasil, correspondendo a 64,6% da população (IBGE, 2010), o que pode estar associado ao elevado número de usuários adeptos ao catolicismo neste estudo.

Quanto à escolaridade, observou-se maior número de pessoas com ensino fundamental (50,3%), seja incompleto ou completo. Esses dados se assemelham aos encontrados em um CAPS AD localizado em João Pessoa, onde foi registrada baixa escolaridade em 88,2% das pessoas acompanhadas, demonstrando associação entre uso abusivo de SPA e a baixa escolaridade, uma vez que as SPA acarretam prejuízos cognitivos que resultam em *deficit* de aprendizagem e, por conseguinte, podem desencadear o abandono escolar (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Porquanto, destaca-se que 34,8% dos usuários apresentaram ensino médio, denotando uma reflexão sobre o aumento do grau de instrução desses indivíduos, principalmente quando utilizadas substâncias lícitas, como álcool e tabaco. Esse dado é um importante elemento a ser discutido, denotando a necessidade de investigação para avaliar se isso está relacionado ao fato da maioria ser adulto, que possivelmente concluiu a educação básica, ou se são outros fatores externos que estão contribuindo para esse aumento.

Sabe-se que o nível de escolaridade interfere diretamente na vida profissional desses usuários, em que 52,9% afirmaram não ter ocupação, apresentando consonância com outros estudos (SILVA e SILVA, 2017; TREVISAN; CASTRO, 2017), nos quais se evidencia que a maioria não tem ocupação formal. Esses dados indicam a importância dos projetos de geração de renda com cooperativas sociais ou oficinas terapêuticas no CAPS AD com foco na reabilitação social e promoção da autonomia do usuário na sociedade, facilitando, desse modo, a sua reinserção social na busca do empoderamento, independência financeira e uma melhor qualidade de vida para esse público (SILVA e SILVA *et al.*, 2017).

No que tange ao estado civil, constatou-se um elevado número de solteiros (50,1%), situação comum em usuários de SPA devido à inversão de valores, em que a busca e o consumo da substância são considerados prioridade na vida desses indivíduos, enquanto a construção da família se torna secundária (CAPISTRANO *et al.*, 2013). Além disso, uma pesquisa demonstra que não residir com um parceiro fixo constitui um fator de risco para o uso problemático de SPA ou está associado a uma maior taxa de recaídas (WEBSTER; DONATO, 2016).

Nesse ínterim, investigou-se também a relação com a paternidade, em que a maioria (63,8%) possuía filhos, sugerindo uma grande quantidade de pais solteiros ou separados, uma

vez que estas foram as situações conjugais predominantes no estudo. Nessa perspectiva, destaca-se o impacto do uso abusivo de SPA, visto que quando esse transtorno se agrava pode provocar consequências negativas aos usuários e às pessoas próximas, tais como os filhos, precisando de um olhar ampliado para esses indivíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Logo, enfatiza-se a necessidade de conhecer as condições econômicas ou financeiras que também são preponderantes nesse contexto de uso de SPA, as quais estão expostas na tabela abaixo (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil socioeconômico dos usuários de SPA, 11ª CRES, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | n | % | IC95% |
|---|-----|------|-------------|
| 1. Renda familiar (SM) | | | |
| Menor que 1 | 148 | 29,8 | 25,8– 34,0 |
| 1 | 146 | 29,4 | 25,4 – 33,6 |
| 1,1 a 3,9 | 142 | 28,6 | 24,7 – 32,8 |
| 4 a 6 | 13 | 2,6 | 1,5 – 4,5 |
| Não quer declarar | 48 | 9,6 | 7,3 –12,7 |
| 2. Situação de moradia | | | |
| Casa própria | 308 | 62,0 | 57,5 – 66,2 |
| Casa alugada | 133 | 26,8 | 23,0 – 30,9 |
| Casa cedida | 27 | 5,4 | 3,7 – 7,9 |
| Institucionalizado | 16 | 3,2 | 1,9 – 5,3 |
| Em situação de rua | 13 | 2,6 | 1,5 – 4,5 |
| 3. Número de moradores por domicílio | | | |
| 1 a 3 | 262 | 52,7 | 48,2 – 57,2 |
| 4 a 6 | 177 | 35,6 | 31,4 – 40,0 |
| 7 a 9 | 33 | 6,7 | 4,7 – 9,3 |
| Acima de 10 | 12 | 2,4 | 1,3 – 4,3 |
| Não se aplica* | 13 | 2,6 | 1,5 – 4,5 |

Fonte: Própria. *Nos casos de pessoas em situação de rua.

A Tabela 3 evidenciou valores similares ao avaliar a renda familiar, obtendo uma constante em pessoas que possuem menos que 1 salário mínimo, 1 e 1,1 a 3,9 salários mínimos, que totalizaram a maioria (87,8%). Estudo com gestantes corrobora com esse dado, em que 63,4% das usuárias de SPA apresentavam renda de até 3 salários mínimos, destacando-se que consiste em uma média baixa que pode gerar situações de instabilidade econômica, tornando essa população mais vulnerável para condições de vida desfavoráveis (PORTO *et al.*, 2018).

No entanto, percebeu-se que grande parte dos entrevistados reside em casa própria (62,0%) com 1 a 3 moradores por domicílio (52,7%). Esses dados se encontram em consonância com estudo realizado em um CAPS AD, no qual 40% moravam em casa própria com uma média de 3 moradores por domicílio (SILVA e SILVA *et al.*, 2017).

À luz desses dados, torna-se importante mencionar o Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), lançado pelo Governo Federal no ano de 2009 com o intuito de investir subsídios à aquisição da casa própria por famílias de baixa renda. O programa foi dividido em duas etapas: a primeira consistiu na construção de um milhão de moradias, com meta alcançada

no ano de 2010, e a segunda possibilitou dois milhões de moradias, as quais foram distribuídas conforme a renda da família. Essa explanação busca destacar os avanços habitacionais no Brasil com a construção de um número significativo de moradia para a população de baixa renda (MONTEIRO; VERAS, 2017), o que pode estar relacionado aos resultados encontrados neste estudo, em que a maioria dos entrevistados, mesmo apresentando baixa renda com até 3 salários mínimos, residiam em casa própria.

É salutar esclarecer a conquista pelo direito à moradia da população e a importância disso principalmente para as pessoas em uso abusivo de SPA, uma vez que a casa própria possibilita uma maior estabilidade que facilita o tratamento e a reabilitação social e econômica desses indivíduos, melhorando, assim, a sua condição de vida e saúde.

Nesse sentido, pesquisou-se também os aspectos clínicos dos usuários de SPA a fim de compreender esse cenário e implementar estratégias de cuidado efetivas. Logo, os dados se encontram na tabela abaixo (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição do perfil clínico dos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | n | % | IC95% |
|---|-----|------|-------------|
| 1. CID 10 | | | |
| F19 | 365 | 73,4 | 69,3 – 77,2 |
| F10 | 91 | 18,3 | 15,1 – 22,0 |
| F17 | 31 | 6,2 | 4,3 – 8,8 |
| F12 | 5 | 1,0 | 0,4 – 2,5 |
| F14 | 5 | 1,0 | 0,4 – 2,5 |
| 2. Comorbidades clínicas | | | |
| Presente | 148 | 29,8 | 27,4 – 34,9 |
| Sistema cardiovascular | 51 | 10,3 | 7,8 – 13,3 |
| Sistema gastrointestinal | 39 | 7,8 | 5,4 – 9,7 |
| Sistema endócrino | 34 | 6,8 | 4,8 – 9,5 |
| Sistema nervoso | 17 | 3,4 | 2,0 – 5,5 |
| Sistema musculoesquelético | 16 | 3,2 | 1,9 – 5,3 |
| Sistema respiratório | 15 | 3,0 | 1,8 – 5,0 |
| Anemia | 8 | 1,6 | 0,7 – 3,3 |
| Sistema urinário | 6 | 1,2 | 0,5 – 2,7 |
| IST | 4 | 0,8 | 0,2 – 2,2 |
| Ausente | 349 | 70,2 | 65,0 – 72,6 |
| 3. Comorbidades psiquiátricas | | | |
| Presente | 196 | 39,4 | 35,1 – 43,9 |
| Depressão | 91 | 18,3 | 15,1 – 22,0 |
| Ansiedade | 57 | 11,5 | 8,9 – 14,7 |
| Esquizofrenia | 41 | 8,2 | 6,0 – 11,1 |
| Transtorno afetivo bipolar | 21 | 4,2 | 2,7 – 6,5 |
| Outras | 19 | 3,8 | 2,4 – 6,0 |
| Ausente | 301 | 60,6 | 56,1 – 64,9 |
| 4. Comorbidade psiquiátrica e uso de substâncias | | | |
| Antes do uso de substâncias | 36 | 7,2 | 5,2 – 10,0 |
| Depois do uso de substâncias | 151 | 30,4 | 26,4 – 34,7 |
| Não apresenta comorbidades psiquiátricas | 301 | 60,6 | 56,1 – 64,9 |
| Não sabe | 9 | 1,8 | 0,9 – 3,5 |

Fonte: Própria.

Ao avaliar os diagnósticos quanto ao CID 10, referentes ao uso de SPA, observou-

se o predomínio do F19 (73,4%), que se refere aos transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas. Ademais, cumpre destacar que o F10 consiste no transtorno mental e comportamental em razão do uso de álcool; F12 está relacionado ao uso de maconha ou canabinoides; F14 uso de *crack*/ cocaína; e F17 derivados do tabaco.

Nessa perspectiva, discute-se na literatura sobre o uso experimental na adolescência, principalmente de drogas lícitas, como o álcool e tabaco, que evoluem rapidamente para uso de maconha ou cocaína aspirada em virtude de pressões externas de grupos sociais, o que desencadeia o abuso e dependência de múltiplas substâncias na vida adulta (GRIFFITHS *et al.*, 2012). Um estudo realizado com usuários de SPA corrobora com o achado nesta pesquisa, em que quase metade dos participantes (42,4%) apresentou esse diagnóstico (FERNANDES *et al.*, 2017).

Ademais, enfatiza-se o alto índice de pessoas com F10 (18,3%), relacionado ao uso de álcool, por ser uma SPA lícita, sendo mais utilizada pela sociedade nas diversas esferas sociais, em que muitos usuários não a consideram uma droga devido a esse contexto permissivo. No entanto, destaca-se que ela pode ser considerada a porta de entrada para as demais e o uso constante, desencadear prejuízos físicos e sociais.

O consumo abusivo do álcool apresenta relação de causa com mais de 200 diferentes tipos de doenças e lesões, sobressaindo-se o câncer, cirrose hepática e desordens mentais e comportamentais, além de algumas intercorrências ocorridas devido a esse consumo, como os acidentes de trânsito, lesões por violência e suicídio (GARCIA; FREITAS, 2015). Conforme a OMS, 5,1% das doenças no ano de 2012 estavam relacionados ao uso do álcool, em que na faixa etária de 20 a 39 anos cerca de 25% dos óbitos são atribuíveis a essa substância (WHO, 2014).

Esses transtornos geram inúmeras consequências para o indivíduo na esfera física e psíquica, podendo fomentar comorbidades clínicas, as quais estavam presentes em 29,8% dos entrevistados, com ênfase em distúrbios no sistema cardiovascular (10,3%), gastrointestinal (7,8%) e endócrino (6,8%). Discute-se a possibilidade de subnotificação na avaliação das comorbidades clínicas por conta do desconhecimento do usuário acerca da doença ou a ausência de registro no prontuário.

Salienta-se que, dentre as patologias do sistema cardiovascular, encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a cardiopatia, as quais foram as mais citadas. No que concerne ao sistema gastrointestinal, a maioria referiu gastrite, úlcera péptica e *H. pylori*. No sistema endócrino, têm-se a diabetes *mellitus* e a dislipidemia como as principais apresentadas. Esses dados corroboram com outro estudo que identificou comorbidades clínicas em 21,1% dos

usuários de drogas, sendo a HAS a mais citada (DANIELI *et al.*, 2017).

Além disso, destaca-se o alto índice de comorbidades psiquiátricas (39,4%), principalmente depressão (18,3%), ansiedade (11,5%) e esquizofrenia (8,2%). Estudo confirma que o consumo de drogas potencializa as chances para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos de uma forma geral, especialmente quando há o uso de múltiplas substâncias (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012).

Quando há comorbidades psiquiátricas associadas aos transtornos mentais devido ao uso de múltiplas substâncias, chama-se duplo diagnóstico. Este é desenvolvido mais tardiamente após o uso contínuo dessas substâncias e reflete diretamente no tratamento do paciente, pois potencializa as consequências negativas relacionadas ao uso de SPA, interfere na adesão do tratamento e por consequência compromete o prognóstico, elevando as chances para comportamentos de risco (FERNANDES *et al.*, 2017).

Logo, o diagnóstico duplo carece de investigações, na perspectiva de avaliar a relação entre as comorbidades psiquiátricas e o uso de SPA, a fim de verificar possível causalidade entre esses dois fatores. Neste estudo, constatou-se que a maioria dos usuários foi diagnosticada com comorbidades psiquiátricas posteriormente ao uso de SPA (30,4%), sugerindo que esse consumo pode desencadear transtornos mentais associados.

Dalgarrondo (2019) afirma que o uso de SPA afeta gravemente a saúde mental dos usuários, visto que pode decorrer em redução da autoestima, diminuição dos interesses, vínculos fragilizados com rompimento de relações familiares e sociais, adicionado de sentimentos de solidão que causam piora nos cuidados consigo mesmo e, por consequência, ocasionam um maior risco para o desenvolvimento de transtornos mentais associados.

Nessa lógica, torna-se necessário investigar os fatores associados diretamente ao uso de SPA a fim de investigar esses elementos de risco para o comprometimento da saúde mental e física. Logo, avaliou-se a idade de primeiro uso das SPA, SPA de primeiro uso, as mais utilizadas e a identificada como problema, além de investigar o tempo em abstinência e o histórico familiar do uso de SPA, estando os dados disponibilizados na tabela abaixo (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores relacionados ao consumo de SPA dos usuários entrevistados, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | n | % | IC95% |
|--|-----|------|-------------|
| 1. Idade de primeiro uso das substâncias Média \pm DP: 14,4 \pm 3,9 | | | |
| 7 a 12 | 150 | 30,2 | 26,2 – 34,4 |
| 13 a 15 | 214 | 43,0 | 38,7 – 47,5 |
| 16 a 52 | 133 | 26,8 | 23,0 – 30,9 |
| 2. Substância de primeiro uso | | | |
| Bebida alcoólica | 306 | 61,6 | 57,1 – 65,8 |

| Variáveis | n | % | (Continua) |
|--|-----|------|-------------|
| | | | IC95% |
| 2. Substância de primeiro uso | | | |
| Derivados do tabaco | 131 | 26,3 | 22,6 – 30,5 |
| Maconha | 69 | 13,9 | 11,0 – 17,3 |
| Cocaína/ <i>Crack</i> | 15 | 3,0 | 1,8 – 5,0 |
| Inalantes | 11 | 2,2 | 1,2 – 4,0 |
| Hipnóticos ou sedativos | 3 | 0,6 | 0,1 – 1,9 |
| 3. Substâncias mais utilizadas | | | |
| Bebida alcoólica | 436 | 87,7 | 84,4 – 90,4 |
| Derivados do tabaco | 318 | 64,0 | 59,6 – 68,2 |
| Maconha | 232 | 46,7 | 42,2 – 51,2 |
| Cocaína/ <i>Crack</i> | 228 | 45,9 | 41,4 – 50,4 |
| Inalantes | 67 | 13,5 | 10,7 – 16,9 |
| Hipnóticos ou sedativos | 14 | 2,8 | 1,6 – 4,8 |
| Alucinógenos | 12 | 2,4 | 1,3 – 4,3 |
| Estimulantes, anfetaminas ou êxtase | 13 | 2,6 | 1,5 – 4,5 |
| Opioides | 4 | 0,8 | 0,2 – 2,2 |
| 4. Substância problema | | | |
| Bebida alcoólica | 215 | 43,3 | 38,9 – 47,7 |
| Cocaína/ <i>Crack</i> | 191 | 38,4 | 34,2 – 42,9 |
| Derivados do tabaco | 62 | 12,5 | 9,8 – 15,8 |
| Maconha | 26 | 5,2 | 3,5 – 7,7 |
| Inalantes | 3 | 0,6 | 0,1 – 1,9 |
| 5. Tempo abstinente | | | |
| Até uma semana | 269 | 54,1 | 49,6 – 58,5 |
| Até um mês | 91 | 18,3 | 15,1 – 22,0 |
| Até um ano | 137 | 27,6 | 23,7 – 31,7 |
| 6. Histórico familiar de uso de substâncias | | | |
| Sim | 399 | 80,3 | 76,4 – 83,6 |
| Não | 87 | 17,5 | 14,3 – 21,2 |
| Não sabe | 11 | 2,2 | 1,2 – 4,0 |

Fonte: Própria.

A Tabela 5 aponta o elevado número de usuários que iniciaram o consumo de SPA na faixa etária de 13 a 15 anos (43,0%), com média de 14,4 anos, o que revela a experimentação precoce com predomínio nos adolescentes. Estudo realizado com 834 adolescentes do ensino médio apontou que a maioria experimentou bebida alcoólica entre os 14 e 17 anos (45,3%), semelhante ao encontrado na presente pesquisa (VEIGA *et al.*, 2016).

A adolescência é vista como fase de risco para esse consumo, que quando é excessivo tende a se tornar abusivo, consistindo em um complexo problema de saúde pública, uma vez que quanto maior o uso, maior é a vulnerabilidade desses indivíduos às repercussões biopsicossociais, evidenciando a necessidade de políticas públicas direcionadas a esse público na tentativa de minimizar a exposição a esse fator de risco para, assim, diminuir as vulnerabilidades existentes (ANJOS; SANTOS; ALMEIDA, 2012; VEIGA *et al.*, 2016).

Ao investigar o contexto acerca do primeiro contato com as SPA em mulheres usuárias, Vargas *et al.* (2015) enfatizaram a influência de amigos para a experimentação, a qual ocorre na busca pela aceitação no grupo, em que a maioria aconteceu em momentos de descontração, como festas, bares e baladas. Também destacaram a influência do meio familiar,

em que algumas participantes citaram o ambiente domiciliar como de início para o uso de SPA e outros abordaram os relacionamentos afetivos e eventos estressores como agentes responsáveis, tais como ser expulsa de casa, ter sofrido violência ou situações de perda que desencadearam o uso, além do ambiente de trabalho como fator importante nesse contexto (VARGAS *et al.*, 2015).

Assim sendo, constata-se a necessidade de avaliar esse primeiro contato com a SPA, uma vez que é considerado determinante no processo de uso abusivo. Nesse sentido, ao investigar a substância de primeiro uso, identificou-se a primazia da bebida alcoólica (61,6%) e derivados do tabaco (26,3%), os quais são tidos como elementos de consumo permitidos pela sociedade.

O álcool é a substância mais consumida no mundo em todas as faixas etárias, sendo a cerveja a bebida mais utilizada, principalmente pelos adolescentes no primeiro uso da SPA. Mesmo com venda proibida legalmente para menores de 18 anos, ainda há facilidade de acesso devido à ausência de fiscalização dessa venda (NEVES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2015).

Além disso, ressalta-se a mídia que circunda o consumo de cerveja com propagandas livres que corroboram para o aumento desse consumo, visualizado em uma pesquisa com 86.661 adolescentes, na qual 66,6% já haviam provado bebida alcoólica (MALTA *et al.*, 2014). Salienta-se ainda que o uso abusivo de álcool é um evento de maior impacto na sociedade que gera morbidade, mortalidade e incapacidade em todo o mundo, estando relacionado a 3,3 milhões de mortes por ano (TREVISAN; CASTRO, 2019).

Outrossim, destaca-se o significativo número de pessoas que apresentaram os derivados do tabaco como SPA de primeiro uso, achado que confirma os dados da OMS, a qual estima que aproximadamente 100 mil crianças e adolescentes se tornam fumantes no mundo e que a maioria dos usuários adultos iniciaram o hábito na adolescência, antes dos 19 anos de idade (MENEZES *et al.*, 2014).

Nesse contexto, o álcool e derivados do tabaco também foram elencados como as substâncias mais utilizadas, assinaladas por 87,7% e 64,4% dos usuários, respectivamente, seguidas da maconha (46,7%) e cocaína/*crack* (45,9%). Esse resultado pode estar relacionado ao fato do uso de substâncias lícitas, as quais são vistas como as principais de primeiro uso, podendo desencadear posteriormente o uso de substâncias ilícitas concomitante, que por conseguinte aumenta a chance para uso de múltiplas substâncias.

Estudos apontam que o consumo de álcool é considerado estimulante para o uso de SPA ilícitas. Essa associação intensifica o efeito nocivo, principalmente quando há o *binge drinking*, que equivale à ingestão de cinco ou mais doses para homens e quatro para mulheres

em um curto intervalo de tempo (ARANTES, 2012). No Brasil, pesquisa mostra que o *binge* aumenta em cinco vezes o risco para o uso de inalantes, bem como é 1,91 maior a chance para o consumo de maconha e cocaína (SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2014; RAPOSO *et al.*, 2017).

Ademais, percebe-se que a bebida alcoólica foi elencada também como SPA problema predominante pelos usuários (43,3%), seguida do *crack*/cocaína (38,4%). Esse resultado provoca reflexão sobre o quão o uso do álcool deve ser permitido pela sociedade, uma vez que é uma substância lícita, tornando-se a principal droga de primeiro uso, podendo desencadear o consumo de múltiplas SPA, bem como uso abusivo, fomentando consequências negativas na saúde desses indivíduos.

O álcool causa um desequilíbrio entre os neurotransmissores excitatórios e inibitórios, causando uma depressão no sistema nervoso central, que pode desencadear instabilidade emocional e motora, agressividade, psicose, ataxia, depressão e coma alcoólico (MEDEIROS, 2018). Pádua (2010) reconhece o álcool como a SPA mais nociva, tornando-se mais prejudicial que SPA ilícitas, como *crack*, heroína e cocaína.

Pessoas em uso abusivo de álcool apresentam lesões cerebrais que atingem as funções do cerebelo, refletindo em distúrbios no sistema motor e equilíbrio, além de prejudicar o sistema límbico, responsável pelas emoções, e o córtex pré-frontal, encarregado pela atenção, organização mental e tomada de decisões. Logo, os indivíduos tidos como dependentes de álcool apresentam *deficit* cognitivos mais graves, que, por conseguinte, dificultam a reabilitação e o tratamento desses usuários, os quais estão submetidos a um maior risco de recaída (MEDEIROS, 2018).

Nesse ínterim, torna-se importante destacar também o uso do *crack*, o qual foi visto como a segunda SPA problema nesta pesquisa. O *crack* é uma substância ilícita, tida como uma variação da cocaína, porém em uma forma mais potente e com maiores riscos de dependência por ser fumado. Essa fumaça inalada por meio do cachimbo é direcionada até o pulmão, o qual é altamente vascularizado, sendo absorvida rapidamente e distribuída para corrente sanguínea até chegar ao sistema nervoso causando efeitos nos primeiros oito segundos após o uso, que variam até, no máximo, dez minutos, apresentando efeito rápido (CASTRO *et al.*, 2015; BORGIO, 2016).

Em virtude do baixo custo e dos efeitos exacerbados de prazer e euforia, os quais não apresentam longa duração, o *crack* é a substância mais consumida entre pessoas em situação de rua e com aumento do índice nos indivíduos em geral, apresentando alto poder de tornar a pessoa dependente (FERREIRA *et al.*, 2017). Diante disso, o *crack* tem consequências diretas na segurança pública e na saúde, no que concerne a comprometimentos pulmonares e

cardiovasculares e maior exposição às IST, além de envolver problemas sociais como a marginalização, rompimentos de laços familiares, violência e desemprego (PEDROSA *et al.*, 2016; ALMEIDA; FERNANDES, 2019).

Esses dados justificam o porquê dessa droga também ser vista como uma SPA problema associada ao álcool, sendo vistos como os principais responsáveis pela morbidade na vida dos usuários, tornando-se mais difícil o tratamento. Nessa perspectiva, a maioria dos usuários em reabilitação estava com até uma semana (54,1%) sem consumir qualquer SPA, ou seja, em abstinência.

Assim sendo, é importante destacar que a política de redução de danos compreende que a abstinência não é o único caminho a ser percorrido no contexto do tratamento, mas propõe diretrizes com foco no usuário como protagonista da sua vida e do tratamento, o qual deve ser repensado conforme as singularidades de cada indivíduo, na perspectiva da corresponsabilidade (CALASSA; PENSO; FREITAS, 2015). No entanto, enfatiza-se que a abstinência não deve ser vista como única meta no tratamento, mas é inegável que significa também uma resposta positiva ao tratamento, quando possível.

Ainda quanto ao tratamento, a família é o principal suporte para os usuários de SPA, possuindo responsabilidade no cuidado a esse indivíduo, ao mesmo tempo em que é afetada pelas consequências do uso de SPA (MELO; PAULO, 2012). A família também é fator preponderante para o início do consumo de substâncias, podendo atuar como ambiente de risco e unidade de prevenção para tal uso (PAULA; JORGE; VASCONCELOS, 2019).

Nesse contexto, estudos afirmam que o histórico familiar de uso das SPA é um fator de risco para o consumo principalmente em adolescentes, os quais tendem a repetir o modelo do ambiente familiar circundante (GARCIA; COSTA JÚNIOR, 2016; TEIXEIRA; GUIMARÃES; ECHER, 2017), corroborando com o encontrado nesta investigação, uma vez que 80,3% afirmaram possuir esse histórico.

O uso no ambiente familiar causa a repetição dos comportamentos de consumo, além de facilitar o acesso às substâncias. Ter um parente com problemas de álcool aumenta o risco de promover esse hábito em cerca de 47% dos indivíduos, enquanto que ter familiares com problemas decorrentes de outras substâncias aumenta quase 3 vezes mais as chances do consumo de SPA nos adolescentes, quando comparados àqueles que não apresentam esse histórico (GARCIA; COSTA JÚNIOR, 2016).

Logo, torna-se importante conhecer esse perfil dos usuários atendidos nos serviços por problemas relacionados ao uso abusivo de SPA para que, mediante essa compreensão geral, possa contribuir na tomada de decisões, na busca de um cuidado mais efetivo para esse público.

Além disso, o conhecimento sobre a população específica facilita a promoção de atividades para a prevenção do uso e o cuidado precoce a fim de minimizar os efeitos rigorosos do uso abusivo. Nesse contexto, investigou-se também a relação do perfil dos usuários com a saúde mental, a qual está evidenciada no tópico a seguir.

5.1 Transtorno mental comum nos usuários de substâncias psicoativas

Para avaliar a situação de saúde mental das pessoas em uso abusivo de SPA, optou-se por verificar a presença de transtorno mental comum, que apresenta quatro dimensões: humor depressivo e ansioso; sintomas somáticos; decréscimo de energia vital; e pensamentos depressivos, como ideação suicida, irritabilidade, fadiga, insônia, distúrbios de memória, redução da capacidade de concentração, alterações de humor e preocupação excessiva (SANTOS; CARVALHO; ARAÚJO, 2016). Estas estão mencionadas na tabela abaixo (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos aspectos referentes ao transtorno mental comum nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | n | % | IC95% |
|---|-----|------|-------------|
| 1. Transtorno mental comum | | | |
| Ausente | 109 | 21,9 | 18,4 – 25,9 |
| Presente | 388 | 78,1 | 74,1 – 81,6 |
| 2. Dimensões do TMC | | | |
| Humor depressivo e ansioso | | | |
| Sente-se nervoso, tenso ou preocupado | 384 | 77,3 | 73,3 – 80,8 |
| Sente-se infeliz ou triste ultimamente | 311 | 62,6 | 58,1 – 66,8 |
| Assusta-se ou fica com medo com facilidade | 260 | 52,3 | 47,8 – 56,8 |
| Tem chorado mais do que o comum | 193 | 38,8 | 34,5 – 43,3 |
| Sintomas somáticos | | | |
| Dorme mal | 382 | 76,9 | 72,8 – 80,4 |
| Mãos tremem | 269 | 54,1 | 49,6 – 58,5 |
| Falta de apetite | 264 | 53,1 | 48,6 – 57,6 |
| Dor de cabeça com frequência | 239 | 48,1 | 43,6 – 52,6 |
| Tem sensações desagradáveis no estômago | 189 | 38,0 | 33,8 – 42,5 |
| Má digestão ou sofre de perturbação digestiva | 181 | 36,4 | 32,2 – 40,8 |
| Decréscimo de energia vital | | | |
| Fica cansado com facilidade | 319 | 64,2 | 59,8 – 68,4 |
| Sente-se cansado o tempo todo | 277 | 55,7 | 51,2 – 60,1 |
| Dificuldades para tomar decisões | 250 | 50,3 | 45,8 – 54,8 |
| Dificuldade para pensar com clareza | 237 | 47,7 | 43,2 – 52,2 |
| Dificuldades para gostar ou ter satisfação nas atividades diárias | 183 | 36,8 | 32,6 – 41,2 |
| O trabalho causa sofrimento ou tormento | 100 | 20,1 | 16,7 – 24,0 |
| Pensamentos depressivos | | | |
| Já pensou em tentar suicídio ou acabar com a vida | 268 | 53,9 | 49,4 – 58,3 |
| Perdeu ou tem perdido o interesse nas coisas | 252 | 50,7 | 46,2 – 55,2 |
| Sente-se incapaz de ter papel útil na vida | 157 | 31,6 | 27,6 – 35,9 |
| Acha que é uma pessoa inútil ou não vale nada | 115 | 23,1 | 19,5 – 27,1 |

Fonte: própria.

Dessa forma, constatou-se que a maioria (78,1%, n=388) apresentou rastreamento positivo para TMC, o que demonstra uma alta taxa de sofrimento mental nesses usuários. Um

estudo realizado com o mesmo instrumento, com 297 adultos atendidos na ESF, revelou que 23,2% da amostra apresentou TMC (SOUZA E SOUZA, 2017). Na população brasileira em geral, há prevalência de 29,9% (SKAPINAKIS *et al.*, 2013). Importante achado que provoca reflexão quanto à relação entre o uso de SPA e a presença de TMC, uma vez que nessa população o índice é maior.

Dalgalarrondo (2019) confirma que o uso abusivo de SPA aumenta a probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos ou agravar em casos já presentes, havendo uma coexistência significativa entre presença de TMC e uso de SPA. Destaca-se que o TMC é considerado o sofrimento mental mais predominante na população mundial e, no ano de 2030, estará entre as maiores causas incapacitantes do ser humano (MALHOTRA; SHAH, 2015).

Ao avaliar os domínios referentes ao TMC, evidenciou-se a primazia do humor ansioso e deprimido, com ênfase na preocupação e nervosismo em demasia (77,3%; n=384), tristeza frequente (62,6%; n=311) e medo excessivo (52,3%; n=260). Um estudo realizado para avaliar o TMC com idosos apresentou resultado semelhante, em que alterações no humor ansioso e depressivo foram as mais relatadas, principalmente no que se refere a se sentir assustado com facilidade (54,5%) e nervoso (57,4%) (SILVA *et al.*, 2018).

Nesse aspecto, autores ratificam a presença de transtorno mental em usuários de SPA, destacando os transtornos de humor como as principais comorbidades apresentadas, sobretudo a depressão e transtorno bipolar, seguidos de ansiedade e esquizofrenia (GATES *et al.*, 2017). Esses dados corroboram com o encontrado neste estudo, uma vez que se observa alta porcentagem de distúrbios referentes ao humor ansioso e depressivo.

Ribeiro, Laranjeira e Cividanes (2005) afirmam que um quarto das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas apresenta transtorno de humor associado. Esse transtorno pode predispor ao uso de SPA ou o inverso. As substâncias podem causar a comorbidade ou agravar para pessoas que já apresentam, uma vez que prejudica a evolução do caso e a resposta ao tratamento.

Esses transtornos também podem desencadear sintomas somáticos, os quais apresentaram um alto percentual, uma vez que 382 (76,9%) usuários referiram dormir mal, 269 (54,1%) disseram que as mãos tremem, 264 (53,1%) afirmaram sentir falta de apetite frequentemente, 239 (48,1%) dor de cabeça com frequência e 189 (n=38%) problemas gastrointestinais.

O predomínio dos sintomas somáticos nesse público pode estar relacionado à modificação que as SPA causam na atividade mental desses indivíduos, o que repercute nas esferas psíquicas, somáticas e neurovegetativas (CERQUEIRA, 2015). Além disso, essas

manifestações somáticas estão relacionadas diretamente à presença de sofrimento mental. Estudo desenvolvido na Índia apontou que a maior causa da insônia e outras queixas somáticas é derivada do alto nível de tensão, depressão e tristeza relatado pelos entrevistados (STEPHENSON; WINTER; HINDIN, 2013).

Logo, constantemente os transtornos mentais são acompanhados de doenças somáticas, em que quanto maior a gravidade, mais chance há de ocorrer essa ligação (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). Enfatiza-se que a maioria dos usuários apresenta sintomas somáticos inespecíficos, dificultando o diagnóstico e o manejo correto para as manifestações do TMC existente (SOUZA e SOUZA, 2017).

Além disso, esses sintomas refletem o comprometimento na saúde desses indivíduos, ao mesmo tempo em que afetam a qualidade de vida, podendo gerar problemas mais graves. Torna-se necessário identificar a causa dessas queixas para uma intervenção precoce e, assim, favorecer atividades que promovam a saúde e, conseqüentemente, sua autonomia, uma vez que esses sintomas geram dificuldade para realizar atividades antes desempenhadas por implicar na diminuição de energia.

Nesse ínterim, ao avaliar o decréscimo de energia vital, a maioria referiu se sentir cansada com facilidade (64,2%; n=319) ou o tempo todo (55,7%; n=277), ter dificuldade para tomar decisões (50,3%; n=250) e para pensar com clareza (47,7%; n=237). Esses sintomas afetam diretamente a vida dos indivíduos, dificultando a realização das atividades de vida diária e instrumentais, bem como as relações cotidianas, necessitando de intervenções para restabelecer as funções prejudicadas.

Porquanto, se não houver ações de cuidado precoce, pode desencadear isolamento social e pensamentos depressivos nesses usuários, já apresentados na maioria destes, visto que 53,9% (n=268) já pensaram em tentar suicídio e 50,7% (n=252) relataram anedonia, em que perderam o interesse nas coisas, correspondendo aos principais sintomas relacionados à categoria dos pensamentos depressivos.

Esses sintomas podem estar associados à depressão evidenciada em aproximadamente 17,0% da população brasileira, em que 1 a cada 7 adultos apresenta pensamentos depressivos, sendo ampliada em indivíduos usuários de SPA, os quais apresentam alta prevalência (42,4%) no Brasil (LUCCHESI *et al.*, 2017). Portanto, constata-se que o uso de SPA está diretamente interligado com a depressão ou pensamentos depressivos.

Assim, para melhor compreender essa relação com o uso de SPA, investigou-se os fatores relacionados ao TMC quanto aos aspectos sociodemográficos e socioeconômicos dos usuários, apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Relação entre o transtorno mental comum e perfil sociodemográfico e econômico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | Transtorno Mental Comum (TMC) | | | | Valor de p | RP (IC95%) |
|----------------------------|-------------------------------|------|-----|------|--------------------------|--------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Sexo | | | | | 0,288 ¹ | |
| Feminino | 82 | 82,0 | 18 | 18,0 | | 1,0 |
| Masculino | 306 | 77,1 | 91 | 22,9 | | 0,73 (0,42 – 1,29) |
| Faixa etária | | | | | | |
| 12 – 19 | 31 | 77,5 | 9 | 22,5 | | 1,0 |
| 20 – 35 | 164 | 83,7 | 32 | 16,3 | 0,348 ¹ | 1,48 (0,64 - 3,42) |
| 36 – 49 | 130 | 77,8 | 37 | 22,2 | 0,962 ¹ | 1,02 (0,44 – 2,33) |
| 50 – 59 | 49 | 70,0 | 21 | 30,0 | 0,396 ¹ | 0,67 (0,27 – 1,66) |
| 60 – 74 | 14 | 58,3 | 10 | 41,7 | 0,104 ¹ | 0,40 (0,13 – 1,22) |
| Raça | | | | | | |
| Branca | 74 | 78,7 | 20 | 21,3 | | 1,0 |
| Preta | 46 | 69,7 | 20 | 30,3 | 0,202 ¹ | 1,42 (0,83 – 2,42) |
| Parda | 262 | 79,4 | 68 | 20,6 | 0,876 ¹ | 0,96 (0,62 – 1,50) |
| Amarela | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 | 0,736 ¹ | 0,67 (0,10 – 4,29) |
| Religião | | | | | 0,049¹ | |
| Com religião | 269 | 75,8 | 86 | 24,2 | | 1,0 |
| Sem religião | 119 | 83,8 | 23 | 16,2 | | 1,65 (0,99 - 2,75) |
| Escolaridade | | | | | | |
| Sem escolaridade | 10 | 20,8 | 38 | 79,2 | | 1,0 |
| Ensino fundamental | 52 | 20,8 | 198 | 79,2 | 0,976 ¹ | 1,01 (0,45 – 2,11) |
| Ensino médio | 37 | 21,4 | 136 | 78,6 | 0,951 ¹ | 0,97 (0,42 – 2,09) |
| Ensino superior | 10 | 38,5 | 16 | 61,5 | 0,118 ¹ | 0,43 (0,14 – 1,24) |
| Ocupação | | | | | 0,001¹ | |
| Com ocupação | 149 | 71,0 | 61 | 29,0 | | 1,0 |
| Sem ocupação | 239 | 83,3 | 48 | 16,7 | | 2,03 (1,32 – 3,13) |
| Estado civil | | | | | 0,042¹ | |
| Com companheiro | 110 | 72,4 | 42 | 27,6 | | 1,0 |
| Sem companheiro | 278 | 80,6 | 67 | 19,4 | | 1,58 (1,01 – 2,47) |
| Filhos | | | | | 0,033¹ | |
| Sim | 238 | 75,1 | 79 | 24,9 | | 1,0 |
| Não | 150 | 83,3 | 30 | 16,7 | | 1,66 (1,04 – 2,64) |
| Renda familiar (SM) | | | | | | |
| 4 a 6 | 7 | 53,8 | 6 | 46,2 | | 1,0 |
| 1,1 a 3,9 | 108 | 76,1 | 34 | 23,9 | 0,080 ¹ | 2,72 (0,85 – 8,65) |
| 1 | 111 | 76,0 | 35 | 24,0 | 0,080 ¹ | 2,71 (0,85 – 8,62) |
| < 1 | 123 | 83,1 | 25 | 16,9 | 0,010¹ | 4,21(1,30 – 13,61) |
| Situação de moradia | | | | | | |
| Casa própria | 238 | 77,3 | 70 | 22,7 | | 1,0 |
| Casa alugada | 106 | 79,7 | 27 | 20,3 | 0,579 ¹ | 0,89 (0,60 – 1,32) |
| Casa cedida | 20 | 74,1 | 7 | 25,9 | 0,691 ¹ | 1,14 (0,58 – 2,22) |
| Institucionalizado | 13 | 81,3 | 3 | 18,7 | 0,754 ¹ | 1,05 (0,82 – 1,34) |
| Em situação de rua | 11 | 84,6 | 2 | 15,4 | 0,581 ¹ | 1,09 (0,86 – 1,39) |

Fonte: Própria. 1. Teste de qui-quadrado.

A partir disso, evidenciou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar a presença de TMC entre os sexos, o que vai de encontro aos estudos que afirmam que o sexo feminino tem maior probabilidade de TMC do que os homens (COSTA;

DIMENSTEIN; LEITE *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2019) em razão da sua crescente inserção no mercado de trabalho e atuação no contexto familiar com múltiplas responsabilidades, o que pode gerar renúncia no autocuidado para se dispor ao próximo, além da maior exposição a outros agravos no modo de reproduzir a vida (LEONARDO *et al.*, 2017).

No entanto, destaca-se que, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, pode-se observar que as usuárias de SPA do sexo feminino apresentaram percentagem ligeiramente maior (82,0%) para o TMC do que os homens (77,1%), corroborando com os estudos supracitados. Todavia, ainda se enfatiza acerca do alto valor de homens com TMC, demonstrando a necessidade de um olhar ampliado para esse público, que tende a utilizar mais SPA e a buscar menos os serviços de saúde.

Nesse sentido, ao avaliar outros parâmetros, percebeu-se que não há diferença estatisticamente significativa de TMC entre as faixas etárias. Com isso, avalia-se a porcentagem de TMC nas diferentes idades, em que se observa predomínio na população de 20 a 35 anos (83,7%), enquanto que a partir dos 59 anos (58,3%) há uma diminuição significativa.

Autores confirmam o início do uso de substâncias lícitas e ilícitas na adolescência de forma proporcional, o qual reduz conforme o aumento da idade (DANIELI *et al.*, 2017). Esse consumo precoce provoca maiores prejuízos aos usuários no âmbito biopsicossocial que se acumulam no decorrer da vida, principalmente na fase adulta, potencializando os riscos para desenvolver transtorno mental (CARVALHO; MATOS, 2014).

Uma pesquisa realizada com africanos mostrou que os adultos com média de idade de 23,6 anos que fazem uso abusivo de SPA apresentam maiores chances para problemas no contexto da saúde mental do que aqueles que não têm esse hábito (SABAN *et al.*, 2014). Além disso, a fase adulta por si só aumenta essa suscetibilidade, uma vez que ocorre a inserção no mercado de trabalho e o desempenho de múltiplos papéis, aumentando as responsabilidades que associadas ao uso de SPA amplificam esse risco (SOUZA e SOUZA *et al.*, 2017).

Ademais, investigou-se a relação do TMC com a raça, a qual mostrou que não há uma associação estatisticamente significativa entre essas duas variáveis, contrariando pesquisas nacionais que afirmam maior presença de TMC em pessoas negras ou pardas do que brancas (SMOLEN; ARAÚJO, 2017; BASTOS *et al.*, 2014). Entretanto, um estudo realizado com mulheres também não observou diferença entre as raças no que concerne ao TMC (KASPPER; SCHERMANN, 2014). Ressalta-se que é preciso verificar a diversidade geográfica dos estudos, visto que esta interfere diretamente tanto na raça quanto nos aspectos de saúde mental. Além disso, evidencia-se que atualmente há uma maior acessibilidade às SPA, favorecendo o uso similar em todas as raças.

Enfatiza-se que são muitos os fatores individuais e sociais que interferem na saúde mental desses indivíduos, dentre eles a religião. Os usuários que referiram não seguir uma religião apresentaram 65% a mais de chances para desenvolver o TMC. Estudo evidencia que a religião influencia positivamente na qualidade de vida dos indivíduos, apresentando-se como um mecanismo para a reinserção social dos usuários, além da promoção de hábitos saudáveis, funcionando como uma rede de apoio e espaço de trocas afetivas que permeiam o sentimento de pertencimento a um grupo (KIM; HUH; CHAE, 2015).

Ademais, proporciona conforto e esperança para um futuro próspero, o que melhora a recuperação quando há doença física e mental, auxiliando também na manutenção da saúde e enfrentamento das dificuldades presentes, em que os indivíduos se sentem mais seguros e amparados por um ser divino (REINALDO; SANTOS, 2016). A religião também diminui os problemas relacionados ao consumo de SPA, pois promove comportamentos mais saudáveis atuando como efeito protetor para a experimentação destas, independente da filiação religiosa (FELIPE; CARVALHO; ANDRADE, 2015).

Portanto, a religião é fator importante de promoção da saúde mental e prevenção de transtornos. Nesse âmbito, outro aspecto avaliado foi a escolaridade, a qual não mostrou associação estatisticamente significativa com o TMC, estando distribuído de forma similar entre pessoas sem escolaridade, com ensino fundamental, médio e superior. Todavia, é consenso na literatura que quanto maior a escolaridade, menor se torna a probabilidade de TMC (LUCCHESI *et al.*, 2014; SOUZA e SOUZA *et al.*, 2017). Ressalta-se, ainda, que ao avaliar somente a percentagem descritiva neste estudo os usuários de SPA com ensino superior apresentaram menor valor (61,5%) para TMC ao comparar com as demais escolaridades.

A baixa escolaridade é um preditor importante de vulnerabilidade para o TMC, sendo muito comum nos usuários de SPA devido às alterações neuropsicobiológicas causadas pelo uso abusivo, o que gera impasses na aprendizagem, baixo desempenho e até abandono das atividades acadêmicas (MEDINA *et al.*, 2010). Essa situação acarreta dificuldades na inserção no mercado de trabalho e condições de vida instável que favorecem o desenvolvimento de TMC (LUCCHESI *et al.*, 2014).

Nessa conjuntura, ratifica-se que não possuir uma ocupação constitui um fator de risco, aumentando duas vezes as chances para desenvolver TMC. Viapina, Gomes e Albuquerque (2018) afirmam que o trabalho está no centro da vida dos indivíduos, uma vez que é por meio dele que se pode garantir a sobrevivência, bem como proporcionar a satisfação das necessidades pessoais e o desenvolvimento das potencialidades humanas, sendo papel fundamental na identidade do indivíduo. Logo, não ter ocupação pode gerar sentimento de

insegurança, desvalorização e tristeza, o que implica na sensação de instabilidade que pode provocar isolamento social e transtornos mentais.

Lucchese *et al.* (2017) corroboram afirmando que não ter renda fixa é um prenunciador para o TMC. Isso pode estar relacionado ao fato de ter ocupação ou estar inserido no mercado de trabalho favorecer socioeconomicamente o indivíduo, ampliando suas oportunidades e as suas redes de apoio, além de contribuir com o sentimento de utilidade, suscitando autonomia e, conseqüentemente, melhora na qualidade de vida desses indivíduos.

Nesse ínterim, as redes de apoio são fundamentais para a promoção de saúde mental e, por conseguinte, para a prevenção de transtornos. Dentre estas, enfatiza-se o estado civil dos usuários de SPA, em que não ter um companheiro fixo representou um fator de risco para o TMC, aumentando em 58% as chances para tal diagnóstico. Pesquisas demonstram que manter um relacionamento conjugal estável se torna difícil para os usuários de SPA em razão do consumo abusivo que causa inconstância nas relações afetivas, permeadas por conflitos e rompimentos (SANTOS; MARTIN, 2009; MARCON *et al.*, 2014).

Estudo confirma que indivíduos separados, divorciados ou viúvos apresentam prevalência mais elevada de transtornos mentais (67%) com níveis aumentados de estresse quando comparados a pessoas casadas. O casamento, quando há satisfação, é fator protetor por ser considerado um apoio social que ameniza o estresse do dia a dia, auxiliando no enfrentamento de obstáculos, por meio do compartilhamento de atividades e divisão de responsabilidades, como tarefas domésticas, cuidado com os filhos e recursos financeiros, o que favorece para a obtenção de recursos econômicos condizentes com a necessidade familiar (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

Nessa conjuntura, averiguou-se o contexto familiar desses usuários, no que concerne à presença de filhos, a qual obteve associação estatisticamente significativa, em que não ter filhos se configurou como um agente que aumenta em 66% as chances para os usuários desenvolverem TMC. No entanto, Kaspper e Schermann (2014) afirmam o contrário, que ter filhos ou uma família numerosa eleva as chances para TMC. A partir disso, sugere-se avaliar em futuras pesquisas a relação dos filhos com o sexo a fim de avaliar se tem diferença na saúde mental para os homens e mulheres pelo fato de apresentarem papéis distintos, na maioria.

Esse achado está associado à dualidade de papéis exercidos e ao aumento de responsabilidades na presença de filhos (LUCCHESE, 2014). Mas, de encontro com o que a literatura aponta, percebeu-se que para os usuários de SPA o fato de ter filhos foi considerado a maior fonte de motivação para a vida, bem como para a reabilitação e o tratamento em relação ao uso abusivo de SPA, observado na maioria dos relatos, contribuindo substancialmente para

a promoção de saúde mental desses indivíduos.

Ainda, analisou-se a situação de moradia, que não apresentou associação estatisticamente significativa com o TMC ($p > 0,05$). No entanto, observou-se relação estatisticamente significativa com a renda familiar, em que os usuários com renda familiar menor que 1 salário mínimo apresentaram 4 vezes mais chances de desenvolver TMC do que aqueles que tinham renda maior do que 4 salários. Confirmando com a literatura que indica o aumento de TMC com a baixa renda por ser indício de pior nível socioeconômico e condições impróprias de vida, principalmente quanto à qualidade de moradia, o que causa maior estresse e reflete diretamente na saúde mental e em outras morbidades associadas (SILVA *et al.*, 2017).

Diante disso, avaliaram-se os aspectos clínicos envolvidos nesse contexto, no tocante ao CID 10, presença de comorbidades clínicas e psiquiátricas, bem como a relação entre esse fenômeno e o uso de SPA, associando-o com o TMC, a fim de verificar essa vinculação, os quais estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Relação entre transtorno mental comum e aspectos clínicos nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | Transtorno Mental Comum | | | | P | RP(IC95%) |
|---|-------------------------|------|-----|------|------------------------------|--------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | N | % | N | % | | |
| CID 10* | | | | | | |
| F10 | 68 | 74,7 | 23 | 25,3 | | 1,0 |
| F17 | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 | 0,045¹ | 0,73 (0,52 – 1,03) |
| F19 | 297 | 81,4 | 68 | 18,6 | 0,164 ¹ | 1,08 (0,95 – 1,23) |
| F12 | 2 | 40,0 | 3 | 60,0 | 0,139 ¹ | 0,53 (0,18 – 1,57) |
| F14 | 4 | 80,0 | 1 | 20,0 | 0,861 ¹ | 1,07 (0,67 – 1,68) |
| Comorbidades clínicas | | | | | 0,045¹ | |
| Ausente | 264 | 75,6 | 85 | 24,4 | | 1,0 |
| Presente | 124 | 83,8 | 24 | 16,2 | | 1,66 (1,00 - 2,74) |
| Comorbidades psiquiátricas | | | | | <0,001¹ | |
| Ausente | 217 | 72,1 | 84 | 27,9 | | 1,0 |
| Presente | 171 | 87,2 | 25 | 12,8 | | 2,64 (1,62– 4,32) |
| Comorbidade psiquiátrica e o uso de substância | | | | | 0,002¹ | |
| Antes do uso | 32 | 88,9 | 4 | 11,1 | | 1,0 |
| Depois do uso | 130 | 86,1 | 21 | 13,9 | | 0,77 (0,24 – 2,41) |

Fonte: Própria. 1. Teste qui-quadrado. *F10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; F12: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cannabinoides; F14: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína/crack; F17: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo; F19: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas.

Ao avaliar o CID 10, identificou-se que há associação estatisticamente significativa com o TMC, em que o usuário com transtorno relacionado ao uso abusivo de derivados do tabaco (F17) apresentou cerca de 27% menor chance de desenvolver TMC do que aqueles com transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool. Quanto aos outros transtornos, não se

observou diferença estatisticamente significativa, no entanto, enfatiza-se que 81,4% dos usuários com transtorno mental devido ao uso de múltiplas substâncias (F19) apresentaram TMC.

Fernandes *et al.* (2017) afirmam que o transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas substâncias (F19) é considerado o mais recorrente em razão do uso contínuo de múltiplas drogas psicoativas, que aumentam o risco de outros transtornos no âmbito da saúde mental mais tardiamente, conforme o aumento do consumo, o que interfere diretamente na adesão ao tratamento e pode causar outras patologias.

Ademais, destaca-se o uso problemático do *crack* (F14), em que 80% desses usuários também apresentaram TMC, que pode ser por comprometer a cognição e atenção e causar prejuízos nas funções mentais, potencializando o desenvolvimento de sintomatologias psiquiátricas, principalmente em usuários já com predisposição genética, os quais podem apresentar um transtorno mental referente à depressão, delírios, ataques de pânico e transtorno bipolar (ROQUIM e SILVA *et al.*, 2015).

Também intensifica a probabilidade de esses usuários de SPA desenvolverem comorbidades clínicas em geral, o que neste estudo se mostrou fator de risco para TMC, que quando presente aumenta em 34% as chances para o indivíduo apresentar tal diagnóstico, uma vez que as comorbidades clínicas aumentam as consequências negativas relacionadas ao uso de SPA e, por conseguinte, comprometem o prognóstico (FERNANDES *et al.*, 2017).

Da mesma maneira, as comorbidades psiquiátricas também estão estatisticamente relacionadas com a presença de TMC nos usuários de SPA como fator de risco para tal (RP=2,64). Esse resultado é um consenso na literatura, que aponta a relação com foco na presença de transtornos de humor e esquizofrenia (DANIELI *et al.*, 2017). O diagnóstico após o uso de SPA foi considerado fator protetor para desenvolvimento de TMC, diminuindo em 23% as chances para esse desfecho, no entanto, enfatiza-se a gravidade da associação entre comorbidades psiquiátricas e TMC, que compromete o prognóstico da pessoa.

Ademais, destaca-se que as substâncias apresentam efeitos diversos que podem estar relacionados ao TMC, tornando-se necessário investigar especificadamente cada uma, como visualizado na tabela abaixo, em foi avaliado as SPA de primeiro uso, as mais utilizadas e a SPA problema, além do tempo sem utilizar e o histórico familiar de uso, os quais irão fundamentar a discutir (Tabela 9).

Tabela 9 – Relação entre o transtorno mental comum e os aspectos referentes ao uso de SPA nos usuários, 11^a

Região de saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Transtorno Mental Comum | | | | | | |
|-------------------------------|-----|-------|-----|------|--------------------------|---------------------|
| Variáveis | Sim | | Não | | p | RP (IC95%) |
| | N | % | N | % | | |
| 1. SPA de primeiro uso | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | 0,421 ¹ | |
| Não | 289 | 79,0 | 77 | 21,0 | | 1,0 |
| Sim | 99 | 75,6 | 32 | 24,4 | | 0,82 (0,51 – 1,32) |
| Maconha | | | | | 0,967 ¹ | |
| Não | 334 | 78,0 | 94 | 22,0 | | 1,0 |
| Sim | 54 | 78,3 | 15 | 21,7 | | 1,01 (0,54 – 1,87) |
| Inalantes | | | | | 0,665 ¹ | |
| Não | 380 | 78,2 | 106 | 21,8 | | 1,0 |
| Sim | 8 | 72,7 | 3 | 27,3 | | 0,74 (0,19 – 2,85) |
| Bebida alcoólica | | | | | 0,488 ¹ | |
| Não | 146 | 76,4 | 45 | 23,6 | | 1,0 |
| Sim | 242 | 79,1 | 64 | 20,9 | | 1,16 (0,75 – 1,79) |
| Cocaína/ <i>Crack</i> | | | | | 0,414 ¹ | |
| Não | 375 | 77,8 | 107 | 22,2 | | 1,0 |
| Sim | 13 | 86,7 | 2 | 13,3 | | 1,85 (0,41 – 8,34) |
| Hipnóticos/Sed. | | | | | 0,632 ¹ | |
| Não | 386 | 78,1 | 108 | 21,9 | | 1,0 |
| Sim | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | | 0,56 (0,05 - 6,23) |
| 2. SPA mais utilizadas | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | 0,048¹ | |
| Não | 131 | 73,2 | 48 | 26,8 | | 1,0 |
| Sim | 257 | 80,8 | 61 | 19,2 | | 1,54 (1,00 – 2,38) |
| Bebida alcoólica | | | | | 0,012¹ | |
| Não | 40 | 65,6 | 21 | 34,4 | | 1,0 |
| Sim | 348 | 79,8 | 88 | 20,2 | | 2,07 (1,16 – 3,69) |
| Maconha | | | | | 0,531 ¹ | |
| Não | 204 | 77,0 | 61 | 23,0 | | 1,0 |
| Sim | 184 | 79,3 | 48 | 20,7 | | 1,14 (0,74 – 1,75) |
| Cocaína/ <i>Crack</i> | | | | | 0,001¹ | |
| Não | 195 | 72,5 | 74 | 27,5 | | 1,0 |
| Sim | 193 | 84,6 | 35 | 15,4 | | 2,09 (1,33 – 3,27) |
| Inalantes | | | | | 0,071 ¹ | |
| Não | 330 | 76,7 | 100 | 23,3 | | 1,0 |
| Sim | 58 | 86,6 | 9 | 13,4 | | 1,95 (0,93 - 4,08) |
| Alucinógenos | | | | | 0,063 ¹ | |
| Não | 376 | 77,5 | 109 | 22,5 | | 1,0 |
| Sim | 12 | 100,0 | 0 | 0 | | 1,28 (1,22 – 1,35) |
| Estimulantes | | | | | 0,919 ¹ | |
| Não | 378 | 78,1 | 106 | 21,9 | | 1,0 |
| Sim | 10 | 76,9 | 3 | 23,1 | | 0,93 (0,25 - 3,45) |
| Hipnóticos/sed. | | | | | 0,542 ¹ | |
| Não | 378 | 78,3 | 105 | 21,7 | | 1,0 |
| Sim | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | | 0,69 (0,21 – 2,25) |
| Opioides | | | | | 0,882 ¹ | |
| Não | 385 | 78,1 | 108 | 21,9 | | 1,0 |
| Sim | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | | 0,84 (0,08- 8,17) |

(Continua)

| Variáveis | Transtorno Mental Comum | | | | p | RP (IC95%) |
|-------------------------------------|-------------------------|-------|-----|------|--------------------------|---------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | n | % | n | % | | |
| 3. SPA problema | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | 0,015¹ | |
| Não | 347 | 79,8 | 88 | 20,2 | | 1,0 |
| Sim | 41 | 66,1 | 21 | 33,9 | | 0,49 (0,27 – 0,88) |
| Bebida alcoólica | | | | | 0,801 ¹ | |
| Não | 219 | 77,7 | 63 | 22,3 | | 1,0 |
| Sim | 169 | 78,6 | 46 | 21,4 | | 1,05 (0,68 – 1,62) |
| Maconha | | | | | 0,002¹ | |
| Não | 374 | 79,4 | 97 | 20,6 | | 1,0 |
| Sim | 14 | 53,8 | 12 | 46,2 | | 0,30 (0,13 – 0,67) |
| Cocaína/ <i>Crack</i> | | | | | 0,008¹ | |
| Não | 227 | 74,2 | 79 | 25,8 | | 1,0 |
| Sim | 161 | 84,3 | 30 | 15,7 | | 1,86 (1,17 – 2,97) |
| Inalantes | | | | | 0,357 ¹ | |
| Não | 385 | 77,9 | 109 | 22,1 | | 1,0 |
| Sim | 3 | 100,0 | 0 | 0 | | 1,28 (1,22 - 1,34) |
| 4. Tempo abstinente | | | | | | |
| Até 1 semana | 220 | 81,8 | 49 | 18,2 | | 1,0 |
| Até 1 mês | 74 | 81,3 | 17 | 18,7 | 0,909 | 0,99 (0,88 – 1,11) |
| Até 1 ano | 94 | 68,6 | 43 | 31,4 | 0,003¹ | 0,83 (0,73 – 0,95) |
| 5. Histórico familiar de SPA | | | | | | |
| Sim | 315 | 78,9 | 84 | 21,1 | 0,526 ¹ | 1,0 |
| Não | 66 | 75,9 | 21 | 24,1 | | 0,83 (0,48 – 1,44) |

Fonte: Própria. *1: Teste do qui-quadrado. 2: Teste de Fisher.

Ao avaliar a SPA de primeiro uso, observou-se que nenhuma SPA apresentou relação estatisticamente significativa com o TMC. Logo, este estudo evidenciou que não faz diferença a SPA de primeiro uso quando comparado ao risco para desenvolver TMC. No entanto, ao avaliar as SPA mais utilizadas pelos usuários, constatou-se que bebida alcoólica, derivados do tabaco e cocaína/*crack* apresentaram relação estatisticamente significativa com o TMC. Na categoria SPA problema, destacaram-se os derivados do tabaco, maconha e cocaína/*crack* como estatisticamente significante com TMC.

Logo, as pessoas que elencaram os derivados do tabaco como SPA mais utilizada apresentaram 46% a mais de chance para desenvolver TMC e quando vistos como SPA problema, aumentaram para 51% as chances para tal diagnóstico. Oliveira, Santos e Furegato (2017) evidenciaram forte associação entre o uso abusivo de tabaco e transtornos mentais, com elevada prevalência de fumantes em população que apresentava patologias psiquiátricas (OLIVEIRA; SANTOS; FUREGATO, 2017).

Pesquisa mostra que ter diagnóstico psiquiátrico aumenta em 67% a probabilidade de a pessoa consumir mais de 24 cigarros por dia, na tentativa de minimizar os sintomas psiquiátricos. Assim sendo, 79% afirmaram que fumavam para reduzir a ansiedade, 57,3%

melhorar o humor e 29,2% aumentar a concentração, no entanto a maioria reconheceu que o alívio desses sintomas era temporário, que, por conseguinte, induz a utilizar uma maior quantidade de cigarros (OLIVEIRA *et al.*, 2014; SMITH; MAZURE; McKEE, 2014). Assim, fica evidente que o uso de tabaco está relacionado diretamente com o desenvolvimento de TMC, seja preexistente ou posterior.

Além disso, destacou-se também o uso de bebidas alcoólicas como SPA mais utilizada, que dobra as chances para TMC, tornando-se fator de risco para tal desfecho. Estudo realizado com usuários da APS corrobora com esse dado, uma vez que constatou menor qualidade de vida nos indivíduos com dependência de álcool, principalmente no domínio físico e psicológico, afirmando que a saúde mental e o consumo de álcool se associam inversamente, uma vez que quanto maior o consumo, menor é a qualidade de vida e a saúde mental (SANTOS; CAMPOS; FORTE, 2019).

Portanto, observou-se que o álcool e os derivados de tabaco, mesmo sendo substâncias lícitas, apresentaram associação estatisticamente significativa com o TMC, tornando-se elementos de risco para isso. Do mesmo modo, encontra-se cocaína/*crack* que dobra as chances para TMC, quando pautada como SPA mais utilizada, e aumenta em 86% a probabilidade enquanto SPA problema.

Nesse sentido, é consenso na literatura que a cocaína e o *crack* provocam debilidade psíquica em curto prazo, causando ansiedade, confusão mental, alucinações, alterações de percepção e irritabilidade, além de acometer as funções cognitivas, o que associado à predisposição genética aumenta a ocorrência de sintomatologia psiquiátrica, como depressão, ansiedade, transtornos psicóticos e bipolar, relacionado ao rápido efeito de euforia em uso e depressão na abstinência (ROQUIM e SILVA *et al.*, 2015; DANIELI *et al.*, 2017).

Outra SPA que apresentou relação estatisticamente significativa com o TMC foi a maconha, quando apresentada como SPA problema, que ao comparar com usuários que não a elencaram como ‘problema’ foi vista como fator de proteção (RP=0,30), constituindo o inverso das demais. Assim sendo, algumas evidências afirmam que os derivados da *cannabis* são considerados substanciais na redução de danos do uso de *crack* e em curto prazo causam sensação de relaxamento, além de apresentar melhoras em pacientes com epilepsias e esclerose múltipla (GOMES-MEDEIROS *et al.*, 2019). No ano de 2019, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou o registro, fabricação e venda de medicamentos à base da erva no país (BRASIL, 2019).

No entanto, não se pode confundir a função terapêutica com o uso recreativo dessa SPA, uma vez que o uso progressivo pode provocar distúrbios de memória, cognição e

aprendizagem, psicose e ansiedade (SCHLINDWEIN-ZANINI; SOTILI, 2019). Há a hipótese também da maconha ser a porta de entrada para outras SPA ilícitas, portanto, torna-se importante realizar mais estudos para avaliar os efeitos da maconha e a sua causalidade para TMC.

Nesse ínterim, é importante avaliar o tempo sem usar essas SPA, visto que isso pode influenciar nos efeitos causados, o que se confirma neste estudo, no qual o tempo de SPA se encontra associado à presença de TMC, com diferença estatisticamente significativa. Os usuários com até 1 ano de abstinência apresentaram menor chance de desenvolver TMC (RP =0,83) do que aqueles com até 1 semana sem consumir SPA, ou seja, sugere-se que quanto maior o tempo sem a SPA, menor será a probabilidade para TMC. Entretanto, destaca-se que a abstinência não é considerada a única forma de resultado no tratamento da pessoa que usa SPA.

Ademais, pesquisou-se a relação do histórico familiar de SPA com o TMC, a qual não apresentou estatisticamente significância, destoando de alguns artigos que revelam o predomínio de familiares usuários de SPA com a maior frequência de comorbidades psiquiátricas quando há histórico familiar de uso abusivo de drogas (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; DANIELI *et al.*, 2017).

Logo, são inúmeros fatores relacionados ao uso abusivo de SPA e TMC, que denotam reflexões e ações efetivas para minimizar esses eventos. Dentre os TMC, destaca-se a depressão como predominante nesse contexto, necessitando de uma avaliação específica quanto a sua associação com o uso de SPA, o que foi realizado e explicitado no próximo tópico.

5.2 Episódio depressivo maior nos usuários de substâncias psicoativas

Para avaliar a presença de depressão ou conhecido como episódio depressivo maior, utilizou-se o PHQ-9, que investiga a presença de nove sintomas característicos da doença, bem como a sua relação com as atividades desempenhadas, os quais estão evidenciados na Tabela 10, a seguir.

Tabela 10 - Distribuição dos aspectos descritivos relacionados à depressão nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | n | % | IC95% |
|--|-----|------|-------------|
| 1. Episódio depressivo maior | | | |
| Ausente | 139 | 28,0 | 24,1 – 32,2 |
| Presente | 358 | 72,0 | 67,8 – 75,9 |
| 2. Aspectos relacionados a depressão | | | |
| Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas | | | |
| Nenhum dia | 206 | 41,5 | 37,1 – 45,9 |
| Menos de uma semana | 100 | 20,1 | 16,7 – 24,0 |
| Uma semana ou mais | 104 | 20,9 | 17,5 – 24,8 |
| Quase todos os dias | 87 | 17,5 | 14,3 – 21,2 |

| Variáveis | n | % | (Continua) |
|---|-----|------|-------------|
| | | | IC95% |
| 2. Aspectos relacionados a depressão | | | |
| Sente-se para baixo, deprimido ou sem perspectiva | | | |
| Nenhum dia | 144 | 29,0 | 25,1 – 33,2 |
| Menos de uma semana | 130 | 26,2 | 22,4 – 30,3 |
| Uma semana ou mais | 128 | 25,7 | 22,0 – 29,9 |
| Quase todos os dias | 95 | 19,1 | 15,8 – 22,9 |
| Dificuldades para pegar no sono ou permanecer dormindo ou mais do que o costume | | | |
| Nenhum dia | 102 | 20,5 | 17,1 – 24,4 |
| Menos de uma semana | 49 | 9,9 | 7,4 – 12,9 |
| Uma semana ou mais | 100 | 20,1 | 16,7 – 24,0 |
| Quase todos os dias | 246 | 49,5 | 45,0 – 54,0 |
| Sentiu-se cansado ou com pouca energia | | | |
| Nenhum dia | 135 | 27,2 | 23,3 – 31,3 |
| Menos de uma semana | 114 | 22,9 | 19,4 – 26,9 |
| Uma semana ou mais | 121 | 24,3 | 20,7 – 28,4 |
| Quase todos os dias | 127 | 25,6 | 21,8 – 29,7 |
| Falta de apetite ou comeu demais | | | |
| Nenhum dia | 182 | 36,6 | 32,4 – 41,0 |
| Menos de uma semana | 83 | 16,7 | 13,6 – 20,3 |
| Uma semana ou mais | 140 | 28,2 | 24,3 – 32,4 |
| Quase todos os dias | 92 | 18,5 | 15,2 – 22,3 |
| Sentiu-se mal consigo mesmo ou achou que é um fracasso ou que decepcionou a família | | | |
| Nenhum dia | 166 | 33,4 | 29,3 – 37,8 |
| Menos de uma semana | 127 | 25,6 | 21,8 – 29,7 |
| Uma semana ou mais | 118 | 23,7 | 20,1 – 27,8 |
| Quase todos os dias | 86 | 17,3 | 14,1 – 21,0 |
| Dificuldade para se concentrar | | | |
| Nenhum dia | 162 | 32,6 | 28,5 – 36,9 |
| Menos de uma semana | 113 | 22,7 | 19,2 – 26,7 |
| Uma semana ou mais | 121 | 24,4 | 20,7 – 28,4 |
| Quase todos os dias | 101 | 20,3 | 16,9 – 24,2 |
| Lentidão ou agitação mais do que o costume | | | |
| Nenhum dia | 158 | 31,8 | 27,7 – 36,1 |
| Menos de uma semana | 94 | 18,9 | 15,6 – 22,7 |
| Uma semana ou mais | 137 | 27,6 | 23,7 – 31,7 |
| Quase todos os dias | 108 | 21,7 | 18,2 – 25,7 |
| Pensou em se ferir ou que seria melhor estar morto | | | |
| Nenhum dia | 286 | 57,6 | 53,0 – 61,9 |
| Menos de uma semana | 104 | 20,9 | 17,5 – 24,8 |
| Uma semana ou mais | 82 | 16,5 | 13,4 – 20,1 |
| Quase todos os dias | 25 | 5,0 | 3,3 – 7,4 |
| Os sintomas dificultaram as atividades antes desempenhadas | | | |
| Nenhum dia | 126 | 25,4 | 21,6 – 29,5 |
| Menos de uma semana | 145 | 29,2 | 25,2 – 33,4 |
| Uma semana ou mais | 124 | 24,9 | 21,2 – 29,1 |
| Quase todos os dias | 102 | 20,5 | 17,1 – 24,4 |

Fonte: Própria.

A tabela revela que a maioria (72,0%) dos usuários apresentou episódio depressivo maior, valor considerável ao comparar com estudo realizado com usuários de álcool, em que 29,5% tinham esse diagnóstico (SANTOS; CAMPOS; FORTES, 2019). A coexistência de problemas relacionados às SPA e depressão é considerada comum, uma vez que as pessoas nessa situação são mais suscetíveis à psicopatologia (VUJANOVIC *et al.*, 2017).

Alguns estudos apontam diversos fatores que podem justificar a coocorrência de

depressão e transtorno relacionado ao uso de SPA, tais como condições genéticas, de desenvolvimento e ambientais, bem como marginalização, problemas socioeconômicos, traumas na infância e ambiente familiar desorganizado, além da hipótese de automedicação. Estes, associados ao uso de SPA, potencializam a chance de desenvolver transtorno depressivo (BEAULIEU *et al.*, 2018; NG *et al.*, 2017).

Os usuários de SPA apresentam menor índice nos domínios referentes à qualidade de vida, principalmente no funcionamento físico e social e saúde mental, associado a uma limitação na vida social por ocorrer prejuízo nas relações, o que potencializa a ocorrência de sintomas depressivos (ADAN; MARQUEZ-ARRICO; GILCHRIST, 2017). Logo, torna-se necessário investigar a presença desses sintomas nos usuários em diferentes contextos.

Assim, ao observar a tabela, enfatiza-se alguns sintomas depressivos que se sobressaíram na variável ‘quase todos os dias’, em que 49,5% (n=246) afirmaram apresentar dificuldades para pegar no sono ou para permanecer dormindo, 25,6% (n=127) sentiram-se cansados ou com pouca energia, 21,7% (n=108) estavam com lentidão ou agitação mais do que o costume, 20,5% (n=102) disseram que os sintomas dificultaram as atividades antes desempenhadas e 20,3% (n=101) relataram dificuldades para se concentrar.

Esses foram os principais sintomas relatados, destacando-se os problemas relacionados com o sono, descritos por quase metade dos usuários, os quais podem estar associados à presença de depressão nesse público, como também pode ser decorrente dos efeitos da SPA, uma vez que a maioria ainda estava em uso de tais substâncias. Boska *et al.* (2018) afirmam que a qualidade do sono é uma das mudanças mais evidentes após o uso de SPA e isso interfere diretamente na qualidade de vida dos pacientes.

Ademais, problema com o sono é visto em cerca de 80% dos casos de depressão, com transtornos relacionados tanto à qualidade como à quantidade de horas de sono, em que aproximadamente 47,2% utilizam “medicamentos para dormir” (GONÇALVES *et al.*, 2018). Os principais sintomas são dificuldades para iniciar o sono, despertar precoce pela manhã, pesadelos constantes, acordar frequentemente durante a noite e sono não restaurador (CHELLAPPA; ARAÚJO, 2006).

O problema com o sono se mostrou predominante, influenciando diretamente outros sintomas averiguados e, por conseguinte, as atividades desempenhadas pelos indivíduos, uma vez que, ao somar as categorias ‘menos de uma semana’, ‘uma semana ou mais’ e ‘quase todos os dias’, evidenciou-se que 74,6% (n= 371) da amostra afirmaram apresentar dificuldades em desenvolver as atividades diárias, como estudar ou trabalhar. É importante enfatizar que 211(42,4%) usuários já pensaram em se ferir ou que seria melhor estar morto nos últimos 15 dias,

o que causa grande impacto, já que a ideação suicida pode decorrer de um plano suicida e, posteriormente, tentativa de suicídio.

Porquanto, estudo aponta que usuários de SPA com sintomas depressivos têm maior probabilidade a comportamentos suicidas em diferentes circunstâncias de maneira difusa, seja em períodos de abstinência ou sob influência dessas SPA (PILLON *et al.*, 2019). Logo, é necessário conhecer melhor esses usuários de SPA com depressão maior para correlacionar os dados conforme aspectos sociodemográficos, como observados na tabela abaixo, para que possam ser elaboradas estratégias de cuidado.

Tabela 11 - Relação entre o episódio depressivo maior e perfil sociodemográfico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | Episódio depressivo maior | | | | P | RP (IC95%) |
|---------------------|---------------------------|------|-----|------|--------------------------|--------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Sexo | | | | | 0,137 ¹ | |
| Feminino | 78 | 78,0 | 22 | 22,0 | | 1,0 |
| Masculino | 280 | 70,5 | 117 | 29,5 | | 0,67 (0,40 - 1,13) |
| Faixa etária | | | | | | |
| 12 – 19 | 29 | 72,5 | 11 | 27,5 | | 1,0 |
| 20 - 35 | 148 | 75,5 | 48 | 24,5 | 0,689 ¹ | 1,17 (0,54 – 2,51) |
| 36 - 49 | 126 | 75,4 | 41 | 24,6 | 0,699 ¹ | 1,16 (0,53 – 2,53) |
| 50 - 59 | 44 | 62,9 | 26 | 37,1 | 0,303 ¹ | 0,64 (0,27 – 1,49) |
| 60 - 79 | 11 | 45,8 | 13 | 54,2 | 0,033¹ | 0,32 (0,11 – 0,92) |
| Raça | | | | | | |
| Branca | 65 | 69,1 | 29 | 30,9 | | 1,0 |
| Preta | 46 | 69,7 | 20 | 30,3 | 0,944 ¹ | 1,00 (0,81 - 1,24) |
| Parda | 241 | 73,0 | 89 | 27,0 | 0,459 ¹ | 1,05 (0,90 – 1,22) |
| Amarela | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 | 0,404 ¹ | 0,46 (0,07 – 2,91) |
| Religião | | | | | 0,002¹ | |
| Com religião | 242 | 68,2 | 113 | 31,8 | | 1,0 |
| Sem religião | 116 | 81,7 | 26 | 18,3 | | 2,08 (1,28 – 3,36) |
| Escolaridade | | | | | | |
| Sem escolaridade | 14 | 29,2 | 34 | 70,8 | | 1,0 |
| Ensino fundamental | 67 | 26,8 | 183 | 73,2 | 0,728 ¹ | 1,03 (0,84 – 1,25) |
| Ensino médio | 48 | 27,7 | 125 | 72,3 | 0,838 ¹ | 1,02 (0,83 – 1,25) |
| Ensino superior | 10 | 38,5 | 16 | 61,5 | 0,428 ¹ | 0,86 (0,60 – 1,23) |
| Ocupação | | | | | 0,004¹ | |
| Com ocupação | 137 | 65,2 | 73 | 34,8 | | 1,0 |
| Sem ocupação | 221 | 77,0 | 66 | 23,0 | | 1,78 (1,20 – 2,64) |
| Estado civil | | | | | 0,023¹ | |
| Com companheiro | 99 | 65,1 | 53 | 34,9 | | 1,0 |
| Sem companheiro | 259 | 75,1 | 86 | 24,9 | | 1,61 (1,06 – 2,43) |
| Filhos | | | | | 0,127 ¹ | |
| Sim | 221 | 69,7 | 96 | 30,3 | | 1,0 |
| Não | 137 | 76,1 | 43 | 23,9 | | 1,38 (0,91 – 2,10) |

Fonte: Própria. 1. Teste do qui-quadrado.

Ao avaliar a tabela, destaca-se que algumas variáveis apresentaram resultados semelhantes ao encontrado no TMC, tais como religião, ocupação e estado civil, os quais

obtiveram relação estatisticamente significativa com TMC e depressão.

Nesse sentido, o sexo não apresentou relação estatisticamente significativa com o episódio depressivo maior, no entanto, ao comparar de forma descritiva, o sexo feminino (78,0%) apresentou porcentagem ligeiramente maior para depressão do que o masculino (70,5%). Nessa perspectiva, estudo revela que as mulheres apresentam 10% mais depressão do que os homens usuários de SPA, enquanto em pessoas que não têm esse hábito a prevalência de depressão é duas vezes maior nas mulheres, o que se justifica pelas questões hormonais e o papel exercido na sociedade (CAMARGO, 2013).

Ao avaliar a faixa etária, identificou-se relação estatisticamente significativa com o episódio depressivo, quando comparada com usuários de 12 a 19 anos e 60 a 79 anos, em que esse último se caracterizou como fator de proteção (RP=0,32), minimizando em 68% as chances para a depressão. No entanto, enfatiza-se que o consumo de SPA se inicia na adolescência de forma ocasional ou recreativa, que tende a aumentar a frequência de uso até se tornar compulsivo, normalmente no início da idade adulta, período em que começa a surgir as complicações de ordem psicológica e social, dentre elas a depressão (MACHADO; MATOS; ANAYA, 2018).

Nesse contexto, destaca-se que os adultos com idade igual ou superior a 35 anos são os que mais procuram os serviços para tratamento relacionado ao uso abusivo de SPA, em que os adultos e idosos tendem a diminuir a frequência de consumo (ANDRADE *et al.*, 2014), minimizando as complicações oriundas do uso e diminuindo as chances para depressão, uma vez que ter mais de 60 anos se configurou como fator protetor para o episódio depressivo nos usuários de SPA deste estudo.

Logo, vários fatores podem estar relacionados com a presença de episódio depressivo nos usuários de SPA, no entanto, ao avaliar a raça, constatou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar os usuários de raça branca, preta, parda e amarela.

Ramos-Oliveira, Magnavita e Oliveira (2017) apontam que a prevalência de depressão por raça ou etnia apresenta dados contraditórios, exemplificados por estudo realizado no Estados Unidos que revelou transtorno depressivo maior de forma mais elevada em pessoas brancas do que afro-americanos, enquanto outras pesquisas apresentam o inverso. Os autores ainda ressaltam que mais relevante do que a raça em si são os aspectos sociocognitivos relacionados a ela, como o preconceito, discriminação e estereótipos que causam eventos estressantes, e conseqüentemente decorrem em níveis mais altos de depressão e outras

patologias mentais (RAMOS-OLIVEIRA; MAGNAVITA; OLIVEIRA, 2017). Portanto, a relação da raça com episódio depressivo se torna algo condicional, que depende de inúmeros fatores que circundam essa relação com a raça.

Nesse ínterim, um importante elemento que se configurou como fator protetor foi a religião, a qual apresentou relação estatisticamente significativa com episódio depressivo, em que o usuário de SPA sem religião porta o dobro de chances para o episódio depressivo, resultado similar ao encontrado na pesquisa de Dalgarrondo (2007), o qual denotou que pessoas com baixa religiosidade apresentavam duas vezes mais chances de desenvolver transtorno mental, dentre eles a depressão.

Uma revisão integrativa que analisou 13 trabalhos sobre saúde mental e religiosidade verificou que a espiritualidade está associada a uma melhor qualidade de vida. A religião favorece comportamentos de proteção à saúde de uma forma geral, tornando-se influente na prevenção do uso de SPA e na depressão, com diversas práticas eficazes, como a meditação e oração, que implicam em uma maior mobilização de energia positiva e fé, motivando-os a enfrentar dificuldades e ao cuidado e seguimento de tratamento nos casos de depressão (MURAKAMI; CAMPOS, 2012).

Outro fator avaliado foi a escolaridade, contudo não apresentou associação estatisticamente significativa com o episódio depressivo nos usuários de SPA. Resultado semelhante ao encontrado em um estudo feito com 218 usuários de SPA internados em comunidades terapêuticas, que também não apresentou significância ao comparar essas duas variáveis (ANDRETTA *et al.*, 2018). Os níveis de escolaridade apresentam diferentes elementos estressores, uma vez que os usuários com ensino superior tendem a apresentar maior tensão e ansiedade, enquanto aqueles com baixo nível de escolaridade podem apresentar dificuldades de inserção no mercado de trabalho, configurando-se também como um problema que pode influir na saúde mental.

Nessa perspectiva, constatou-se que a variável ocupação teve associação estatisticamente significativa com episódio depressivo, em que não ter ocupação aumenta em 78% a probabilidade para esse diagnóstico. O fato de não ter ocupação é um importante dado, principalmente no caso dos usuários de SPA, visto que reflete na dificuldade de inserção no mercado de trabalho, prejudicando o processo de reinserção social, além de ser o fomento do sustento que pode desencadear baixa autoestima e diminuição da qualidade de vida nesse público, tornando-se um fator estressor que favorece o desenvolvimento de depressão (MARCON *et al.*, 2014).

Ademais, avaliou-se o estado civil que apresentou relação estatisticamente

significante com o episódio depressivo, na medida em que o usuário de SPA sem companheiro apresenta 61% mais chances para ter depressão (RP=1,61). Enfatiza-se que um dos principais problemas apresentados por pessoas que fazem uso abusivo de SPA é a desagregação familiar, com maior número de usuários sem união estável, solteiros ou separados (ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014).

Estudo corrobora com o achado desta pesquisa, em que pessoas solteiras ou sem união estável apresentaram maior prevalência de depressão, constatando que viver com companheiro ou ter apoio social de parentes é considerado um fator protetor para a depressão (GONÇALVES *et al.*, 2018), condição pouca encontrada nos usuários de SPA, tornando-os mais suscetíveis a esse desenredo.

Nesse contexto, avaliaram-se também outras relações familiares, como a presença de filhos, que não mostrou associação estatisticamente significativa ao ser comparada com o episódio depressivo nos usuários de SPA ($p>0,05$), uma vez que filho pode ser um fator protetor por ser uma motivação de vida, bem como pode ser estressor, sobretudo em casos de pessoas solteiras, pois aumenta a responsabilidade e preocupações referentes, principalmente, aos aspectos financeiros.

Logo, na Tabela 12, a seguir, encontram-se os aspectos socioeconômicos e clínicos associados ao episódio depressivo nos usuários de SPA, que auxiliam a análise.

Tabela 12 - Relação entre o episódio depressivo maior e perfil econômico e clínico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | Episódio depressivo | | | | P | RP (IC95%) |
|------------------------------|---------------------|------|-----|------|--------------------------|--------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | N | % | N | % | | |
| Renda familiar (SM) | | | | | | |
| 4 a 6 | 7 | 53,8 | 6 | 46,2 | | 1,0 |
| 1,1 a 3,9 | 99 | 69,7 | 43 | 30,3 | 0,239 ¹ | 1,97 (0,62 – 6,21) |
| 1 | 100 | 68,5 | 46 | 31,5 | 0,281 ¹ | 1,86 (0,59 – 5,85) |
| < 1 | 112 | 75,7 | 36 | 24,3 | 0,086 ¹ | 2,66 (0,84 – 8,44) |
| Situação de moradia | | | | | | |
| Casa própria | 212 | 68,8 | 96 | 31,2 | | 1,0 |
| Casa alugada | 101 | 75,9 | 32 | 24,1 | 0,131 ¹ | 1,10 (0,97 – 1,24) |
| Casa cedida | 19 | 70,4 | 8 | 29,6 | 0,888 ¹ | 1,02 (0,79 – 1,32) |
| Institucionalizado | 15 | 93,8 | 1 | 6,3 | 0,020¹ | 1,36 (1,17 – 1,57) |
| Em situação de rua | 11 | 84,6 | 2 | 15,4 | 0,240 ¹ | 1,22 (0,96 – 1,56) |
| CID 10 | | | | | | |
| F10 | 58 | 63,7 | 33 | 36,3 | | 1,0 |
| F19 | 283 | 77,5 | 82 | 22,5 | 0,008¹ | 1,21 (1,03 – 1,43) |
| F17 | 13 | 41,9 | 18 | 58,1 | 0,038¹ | 0,65 (0,42 – 1,02) |
| F12 | 1 | 20,0 | 4 | 80,0 | 0,078 ¹ | 0,31 (0,05 – 1,82) |
| F14 | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | 0,857 ¹ | 0,94 (0,45 – 1,95) |
| Comorbidades clínicas | | | | | | |
| Ausente | 247 | 70,8 | 102 | 29,2 | 0,337 ¹ | 1,0 |
| Presente | 111 | 75,0 | 37 | 25,0 | | 1,23 (0,80 – 1,91) |

(Continua)

| Variáveis | Episódio depressivo | | | | p | RP (IC95%) |
|---|---------------------|------|-----|------|------------------------------|--------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | n | % | N | % | | |
| Comorbidades psiquiátricas | | | | | <0,001¹ | |
| Ausente | 199 | 66,1 | 102 | 33,9 | | 1,0 |
| Presente | 159 | 81,1 | 37 | 18,9 | | 2,20 (1,43 – 3,38) |
| Comorbidade psiquiátrica e o uso de substância | | | | | 0,001¹ | |
| Antes do uso | 26 | 72,2 | 10 | 27,8 | | 1,0 |
| Depois do uso | 126 | 83,4 | 25 | 16,6 | | 1,93 (0,83 – 4,51) |

Fonte: Própria. 1. Teste de qui- quadrado

Nessa perspectiva, salienta-se que comorbidades psiquiátricas e a sua relação com o uso de SPA também obtiveram relação estatisticamente significativa com o TMC, bem como o F17 como CID 10. No entanto, ao avaliar o episódio depressivo, percebeu-se que a renda e comorbidades clínicas não tiveram relação estatisticamente significativa, enquanto que no TMC houve esse achado, da mesma forma que houve diferença estatisticamente significativa na situação de moradia com a depressão e não foi possível observar essa associação com o TMC.

Na tabela, observou-se que a renda familiar não apresentou relação estatisticamente significativa com episódio depressivo nos usuários de SPA. Esse dado é apontado com algumas controversas na literatura, em que a WHO (2017) afirma que a depressão possui ligação com as condições sociais, tornando-se mais assídua em pessoas com baixa renda. No entanto, Gonçalves *et al.* (2018), em estudo com o mesmo instrumento (PHQ-9), apresentaram resultado semelhante ao encontrado neste estudo, em que a renda não se relacionou à depressão, porém ressaltou que está relacionada ao endividamento, que quando maior, tende a aumentar a depressão.

Nesse prisma, investigou-se a situação de moradia que só apresentou relação estatisticamente significativa com a depressão quando comparados os usuários em casa própria e os institucionalizados, em que estes apresentaram 36% mais chances para desenvolver depressão. Ressalta-se que a maioria dos usuários já residia em casa própria e que no relato muitos afirmaram morar com pais ou avós, sendo estes os proprietários da casa, o que impossibilita avaliar o endividamento dos usuários nessa perspectiva ou a relação em si com a depressão. Quanto aos institucionalizados, o risco para depressão pode estar associado ao afastamento do usuário, principalmente do seu contexto familiar, o que pode desencadear prejuízos na saúde mental (PAULA *et al.*, 2017).

A depressão vai além de causas ou atividades específicas, é ampla e necessita de inúmeras investigações. Assim sendo, avaliou-se também o CID 10 relacionado ao uso de SPA, os quais apresentaram relação estatisticamente significativa com a depressão ($p < 0,05$), com

ênfase no F17, transtorno associado ao uso de derivados do tabaco, que se apresentou como fator de proteção (RP=0,65) para a depressão ao comparar com o F10. Outro que merece destaque é o F19, transtorno relacionado ao uso de múltiplas drogas, o qual se mostrou como de risco (RP=1,21) para depressão quando comparado aos usuários com F10, aumentando em 21% as chances para esse diagnóstico.

Estudo realizado com quatro grupos corrobora esse achado, evidenciando que os usuários com histórico ou em uso de múltiplas substâncias apresentam maiores índices de transtorno de depressão do que aqueles que não faziam uso de SPA (grupo controle) ou utilizavam somente álcool (HESS; ALMEIDA; MORAES, 2012). Esse dado comprova o encontrado nesta pesquisa, que subsidia a reflexão acerca do agravamento do uso de múltiplas substâncias, que pode causar comorbidades associadas a esse hábito.

Nesse ínterim, ao investigar a relação das comorbidades clínicas com a depressão nos usuários de SPA, não houve diferença estatisticamente significativa. Todavia, estudos pontuam que a depressão tende a piorar fatores relacionados à saúde, bem como a qualidade de vida do usuário, que pode desenvolver alguma comorbidade clínica, da mesma maneira que a presença de patologias pode causar incapacidade e influenciar no aparecimento de sintomas depressivos (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005; MACHADO *et al.*, 2016).

Outrossim, as comorbidades psiquiátricas apresentaram relação estatisticamente significativa com a presença de depressão nos usuários de SPA, manifestando o dobro de chances para desenvolver a depressão, tornando-se um fator de risco para isso, principalmente se tiver apresentado essa comorbidade psiquiátrica após o uso de SPA, demonstrando que quando presente após o uso aumenta o risco para depressão.

Hess, Almeida e Moraes (2012) afirmam que metade dos usuários de SPA possui uma comorbidade psiquiátrica, estando 26% destes relacionados a transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar. Ainda, confirma que esse público apresenta mais chances para desenvolver patologias psiquiátricas quando comparado a pessoas que não utilizam SPA, ressaltando-se a importância da identificação precoce desses transtornos para um melhor prognóstico do usuário.

A investigação ampla facilita a identificação de múltiplos fatores que influenciam no tratamento de maneira positiva ou negativa, dentre estes, salientam-se as especificidades quanto ao uso de SPA, as quais se apresentam na tabela abaixo, referentes a SPA de primeiro uso, mais utilizadas, SPA problema, tempo em abstinência e histórico familiar. (Tabela 13).

Tabela 13 - Relação entre o episódio depressivo e os aspectos referentes ao uso de SPA nos usuários, 11ª Região de saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | Episódio depressivo | | | | P | RP (IC95%) |
|-------------------------------|---------------------|-------|-----|------|------------------------------|---------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | N | % | N | % | | |
| 1. SPA de primeiro uso | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | 0,005¹ | |
| Não | 276 | 75,4 | 90 | 24,6 | | 1,0 |
| Sim | 82 | 62,6 | 49 | 37,4 | | 0,54 (0,35 – 0,83) |
| Maconha | | | | | 0,214 ¹ | |
| Não | 304 | 71,0 | 124 | 29,0 | | 1,0 |
| Sim | 54 | 78,3 | 15 | 21,7 | | 1,46 (0,79 – 2,7) |
| Inalantes | | | | | 0,465 ¹ | |
| Não | 349 | 71,8 | 137 | 28,2 | | 1,0 |
| Sim | 9 | 81,8 | 2 | 18,2 | | 1,76 (0,37 – 8,28) |
| Bebida alcoólica | | | | | 0,251 ¹ | |
| Não | 132 | 69,1 | 59 | 30,9 | | 1,0 |
| Sim | 226 | 73,9 | 80 | 26,1 | | 1,26 (0,84 – 1,88) |
| Cocaína/Crack | | | | | 0,200 ¹ | |
| Não | 132 | 69,1 | 59 | 30,9 | | 1,0 |
| Sim | 13 | 86,7 | 2 | 13,3 | | 2,58(0,57– 11,58) |
| Hipnóticos/Sed. | | | | | 0,835 ¹ | |
| Não | 356 | 72,1 | 138 | 27,9 | | 1,0 |
| Sim | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | | 0,77 (0,07 – 8,61) |
| 2. SPA mais utilizadas | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | 0,216 ¹ | |
| Não | 123 | 68,7 | 56 | 31,3 | | 1,0 |
| Sim | 235 | 73,9 | 83 | 26,1 | | 1,28 (0,86 – 1,92) |
| Bebida alcoólica | | | | | 0,035¹ | |
| Não | 37 | 60,7 | 24 | 39,3 | | 1,0 |
| Sim | 321 | 73,6 | 115 | 26,4 | | 1,81 (1,03 – 3,15) |
| Maconha | | | | | 0,048¹ | |
| Não | 181 | 68,3 | 84 | 31,7 | | 1,0 |
| Sim | 177 | 76,3 | 55 | 23,7 | | 1,49 (1,00 – 2,22) |
| Cocaína/Crack | | | | | <0,001¹ | |
| Não | 173 | 64,3 | 96 | 35,7 | | 1,0 |
| Sim | 185 | 81,1 | 43 | 18,9 | | 2,38 (1,57 – 3,61) |
| Inalantes | | | | | 0,093 ¹ | |
| Não | 304 | 70,7 | 126 | 29,3 | | 1,0 |
| Sim | 54 | 80,6 | 13 | 19,4 | | 1,72 (0,90 – 3,26) |
| Alucinógenos | | | | | 0,029¹ | |
| Não | 346 | 71,3 | 139 | 28,7 | | 1,0 |
| Sim | 12 | 100,0 | 0 | 0 | | 1,40 (1,32 – 1,48) |
| Estimulantes | | | | | 0,691 ¹ | |
| Não | 348 | 71,9 | 136 | 28,1 | | 1,0 |
| Sim | 10 | 76,9 | 3 | 23,1 | | 1,30 (0,35 – 4,80) |
| Hipnóticos/sed. | | | | | 0,959 ¹ | |
| Não | 348 | 72,0 | 135 | 28,0 | | 1,0 |
| Sim | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | | 0,97 (0,29 – 3,14) |
| Opioides | | | | | 0,894 ¹ | |
| Não | 355 | 72,0 | 138 | 28,0 | | 1,0 |
| Sim | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | | 1,16 (0,12–11,30) |
| 3. SPA problema | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | 0,009¹ | |
| Não | 322 | 74,0 | 113 | 26,0 | | 1,0 |

(Continuação)

| Variáveis | Episódio depressivo | | | | p | RP(IC95%) |
|-------------------------------------|---------------------|-------|-----|------|------------------------------|---------------------|
| | Sim | | Não | | | |
| | n | % | n | % | | |
| 3. SPA problema | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | | |
| Sim | 36 | 58,1 | 26 | 41,9 | | 0,48 (0,28 – 0,84) |
| Bebida alcoólica | | | | | 0,166 ¹ | 1,0 |
| Não | 210 | 74,5 | 72 | 25,5 | | 0,75 (0,51 – 1,12) |
| Sim | 148 | 68,8 | 67 | 31,2 | | |
| Maconha | | | | | 0,010¹ | 1,0 |
| Não | 345 | 73,2 | 126 | 26,8 | | 0,36 (0,16 – 0,80) |
| Sim | 13 | 50,0 | 13 | 50,0 | | |
| Cocaína/ <i>Crack</i> | | | | | <0,001¹ | 1,0 |
| Não | 200 | 65,4 | 106 | 34,6 | | 2,53 (1,63 – 3,95) |
| Sim | 158 | 82,7 | 33 | 17,3 | | |
| Inalantes | | | | | 0,279 ¹ | 1,0 |
| Não | 355 | 71,9 | 139 | 28,1 | | 1,39 (1,31 - 1,47) |
| Sim | 3 | 100,0 | 0 | 0 | | |
| 4. Tempo abstinente | | | | | | |
| Até 1 semana | 200 | 74,3 | 69 | 25,7 | | 1,0 |
| Até 1 mês | 66 | 72,5 | 25 | 27,5 | 0,674 ¹ | 0,97 (0,83 – 1,12) |
| Até 1 ano | 92 | 67,2 | 45 | 32,8 | 0,125 ¹ | 0,90 (0,78 – 1,03) |
| 5. Histórico familiar de SPA | | | | | | |
| Sim | 293 | 73,4 | 106 | 26,6 | 0,528 ¹ | 1,0 |
| Não | 61 | 70,1 | 26 | 29,9 | | 0,84 (0,51 – 1,41) |

Fonte: Própria. 1. Teste de qui quadrado. 2. Teste de Fisher.

A partir da tabela, retoma-se a comparação com os achados no TMC, em que na SPA mais utilizada a bebida alcoólica e a cocaína/*crack* apresentaram relação estatisticamente significativa nos dois desfechos (TMC e EDM), e na SPA problema, houve similaridade em todas, tais como derivados do tabaco, maconha e cocaína/*crack*, sendo consideradas de risco para TMC e EDM, nessa categoria.

Logo, denota-se que houve relação estatisticamente significativa ao avaliar os derivados de tabaco como SPA de primeiro uso (RP= 0,54) e SPA problema (RP=0,48) nos usuários, em que nas duas perspectivas se apresentaram como fator protetor para o episódio depressivo. Essa associação se apresenta controversa, uma vez que estudos evidenciam transtornos depressivos em pessoas que fazem uso de derivados do tabaco com a finalidade de aliviar os sintomas (GIGLIOTTI; LEMOS, 2012; PAWLINA *et al.*, 2015).

Os fumantes argumentam que o uso de nicotina alivia o estresse e ajuda a relaxar, e que o tabagismo é considerado anestésico, todavia esse efeito relaxante é rápido, uma vez que, quando a nicotina é metabolizada, a tensão e irritabilidade tendem a retornar, fazendo com que a pessoa tenha necessidade de consumir a SPA novamente (PAWLINA *et al.*, 2015). Essa relação entre a depressão e o uso de derivados do tabaco carece de mais investigações para produzir

evidências significativas nesse contexto.

Ao considerar as SPA mais utilizadas, obteve-se associação estatisticamente significativa com a bebida alcoólica (RP=1,81) e depressão, aumentando em 81% as chances para o transtorno depressivo. Evidência fortalecida na literatura que aponta dobrar o risco para depressão quando há o uso abusivo de álcool, assim como estabelece que a depressão pode suscitar o consumo de álcool, apresentando uma relação bicausal (DANIELI *et al.*, 2017).

Outra SPA que apresentou relação estatisticamente significativa com a depressão foi a maconha, com uma certa contraposição que quando relacionada à SPA mais utilizada (RP=1,49) se mostrou ser um fator de risco para a depressão e enquanto SPA problema (RP=0,36) foi considerada como fator de proteção. Nesse prisma, destaca-se que não foi investigado o padrão de consumo dos usuários, o que pode ter interferido nesse resultado divergente.

Na literatura, é consolidado que o uso abusivo da maconha ocasiona maior prevalência de depressão maior, aumentando em três vezes as chances para esse transtorno (SABAN *et al.*, 2014; LUCCHESI *et al.*, 2017). Mesmo sendo considerada uma ‘droga leve’, que é muito utilizada como redutora de danos no uso do *crack*/cocaína, o consumo nocivo da maconha pode desencadear prejuízos ao usuário, principalmente quanto ao desenvolvimento de transtornos de humor, como a depressão (CONCEIÇÃO; VENTURA, 2019). Mas, enfatiza-se que dependendo do padrão de consumo drogas à base de canabinoides podem ser utilizadas para o tratamento de patologias, apresentando diversos benefícios (GOMES-MEDEIROS *et al.*, 2019). Assim sendo, o padrão de consumo é variável diferencial para elucidar esse resultado.

A cocaína/*crack* também se destacou, apresentando associação estatisticamente significativa com a depressão, sendo classificada como de risco no que se refere à SPA mais utilizada (RP=2,38) e SPA problema (RP=2,53). Limberger e Andretta (2017) corroboram que o transtorno depressivo maior está associado com o uso de *crack*, podendo ser um fator preditivo ou posterior ao consumo. Logo, esse dado aponta para a necessidade de considerar a presença de depressão no tratamento dos usuários de *crack*, uma vez que apresenta importante associação e resulta em sofrimentos e prejuízos significativos no funcionamento e habilidade social do indivíduo que podem influenciar no tratamento, de maneira negativa (APA, 2014).

Além disso, apontam-se os alucinógenos com associação estatisticamente significativa com o transtorno depressivo maior, quando elencados como SPA mais utilizada (RP=1,40). Ressalta-se que os alucinógenos naturais quando utilizados em pequenas doses podem ter efeitos terapêuticos, porém se houver o consumo abusivo de alucinógenos sintéticos, estes potencializam os efeitos indesejados acarretando em problemas cognitivos e de saúde

mental, tais como ideação paranoide e ansiedade, que, por conseguinte, podem aumentar as chances para a depressão (BRASIL, 2015).

Desse modo, o contexto das SPA apresenta diferentes relações com o transtorno depressivo, mas ao avaliar o tempo abstinentes e o histórico familiar de SPA não se evidenciou associação estatisticamente significativa, o que vai de encontro ao evidenciado na literatura. Na teoria, o menor tempo sem SPA pode provocar sintomas de abstinência grave, o que aumenta os fatores preditivos para comorbidades psiquiátricas, causando taxas mais altas de sintomas depressivos (ROVARIS *et al.*, 2016).

No que se refere ao histórico familiar de SPA, é discutido que, quando presente, aumenta a probabilidade para o uso de SPA (GARCIA; COSTA JÚNIOR, 2016; DANIELI *et al.*, 2017), porém há controvérsias referentes a essa relação com o episódio depressivo. Portanto, é necessário identificar o contexto do usuário de SPA, principalmente quanto à depressão, para facilitar a abordagem do paciente e o seu tratamento, uma vez que há essa dificuldade por haver uma superposição de sintomas que inviabilizam o diagnóstico diferencial da comorbidade.

Logo, estudo confirma que o uso de SPA está associado a sintomas depressivos. Aproximadamente, 65,8% dos usuários de maconha e cocaína apresentam risco para depressão no Brasil e a inter-relação entre depressão e uso de SPA aumenta 5,7 vezes a chance de o indivíduo cometer suicídio (CHAPMAN; WU, 2014), o que suscita a necessidade de ampliar as investigações também nesse contexto do suicídio.

5.3 Risco de suicídio e o uso de substâncias psicoativas

O risco de suicídio foi avaliado por meio do IRIS, classificando-o em três níveis mediante avaliação de alguns fatores, no que concerne ao perfil sociodemográfico, aos contextos sociais, biológicos e aspectos referentes à esfera suicida, como observado na Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição dos aspectos referentes ao risco de suicídio nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | n | % | IC95% |
|--|-----|-------|--------------|
| 1. Risco de suicídio | | | |
| Reduzido | 43 | 8,7 | 6,4 – 11,6 |
| Intermediário | 200 | 40,2 | 35,9 – 44,7 |
| Elevado | 254 | 51,1 | 46,6 – 55,6 |
| 2. Aspectos relacionados ao risco de suicídio | | | |
| Sexo masculino | 400 | 80,5 | 76,7 – 83,8 |
| Idade maior ou igual a 45 anos | 149 | 30,0 | 26,0 – 34,2 |
| Religiosidade ausente | 197 | 39,6 | 35,3 – 44,1 |
| Isolamento | 192 | 38,6 | 34,3 – 43,1 |
| Perda recente marcante | 295 | 59,3 | 54,9 – 63,7 |
| Doença física | 68 | 13,7 | 10,8 – 17,1 |
| Abuso de álcool ou outras substâncias | 497 | 100,0 | 99,0 – 100,0 |

(Continuação)

| Variáveis | n | % | IC95% |
|--|----------|----------|--------------|
| Doença psiquiátrica grave | 182 | 36,6 | 32,4 – 41,0 |
| Histórico de internamento psiquiátrico | 268 | 53,9 | 49,4 – 58,3 |
| Histórico de suicídio na família | 85 | 17,1 | 13,9 – 20,8 |
| Histórico de comportamento suicida | 214 | 43,0 | 38,7 – 47,5 |
| Plano suicida | 44 | 8,8 | 6,6 – 11,8 |

Fonte: Própria.

Ao avaliar o risco de suicídio nos usuários de SPA, identificou-se que mais da metade (51,1%; n=254) apresentou risco elevado e quando somado ao intermediário (40,2%; n=200) resulta em quase a totalidade dos casos (91,3%), tornando-se nítida a relação entre o uso de SPA e o alto risco de suicídio, dados já consolidados em outras pesquisas (SOUZA *et al.*, 2014; CANTÃO; BOTTI, 2016).

Nessa perspectiva, Veiga *et al.* (2014) sugerem algumas condutas conforme o resultado do instrumento, no que concerne à observação e vigilância em caso de risco reduzido, referência para consulta especializada quando apresentado risco intermediário e avaliar a necessidade de internamento no caso de risco elevado. Destaca-se que os usuários de SPA com risco elevado de suicídio foram notificados pelos profissionais do serviço a fim de favorecer uma intervenção precoce e um melhor acompanhamento, minimizando, assim, as chances para o suicídio.

O risco elevado de suicídio consiste em um grave problema que necessita de intervenções imediatas, visto que está geralmente associado à presença de ideação suicida ou de tentativa prévia de suicídio, constituindo fatores preditivos importantes para uma nova tentativa ou consumação do suicídio. Souza *et al.* (2014) ressaltam que há forte associação entre tentativas anteriores e uma nova tentativa no ano subsequente, principalmente quando o contexto de risco que desencadeou a autoagressão se mantém, elevando a probabilidade de tentativas de suicídio com meios mais letais, aumentando, dessa forma, o risco para a consumação do suicídio.

Nesse ínterim, salienta-se que todos os fatores de risco e de proteção devem ser avaliados, uma vez que o suicídio é complexo e multidimensional. Com isso, o IRIS investigou três fatores de risco relacionados ao perfil sociodemográfico, tais como sexo masculino, idade maior ou igual a 45 anos e não apresentar religiosidade.

Nessa perspectiva, observa-se o alto número de usuários de SPA do sexo masculino, os quais são consolidados como de maior risco para o suicídio por apresentarem comportamentos impulsivos e escolherem meios mais violentos para execução do ato, como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de locais elevados, tornando-se três vezes mais propensos a cometer suicídio do que as mulheres (THESOLIM *et al.*, 2016; MOREIRA

et al., 2017).

Nesse sentido, o coeficiente de mortalidade por suicídio é maior para o sexo masculino, com 4,1 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto no feminino corresponde a 3,2 óbitos por 100 mil habitantes (RIBEIRO *et al.*, 2018). A razão global das taxas de suicídio entre homens e mulheres consistiu em 1,8 no ano de 2016. Nas mulheres, as taxas mais altas são apresentadas no planejamento e tentativa; nos homens, é maior o suicídio consumado (SCHLOSSER; ROSA; MORE, 2014). Logo, ser homem e usuário de SPA constitui um risco duplicado para o suicídio.

Além disso, discute-se acerca da faixa etária de maior risco. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) considerava os idosos como grupo populacional de maior risco para o suicídio no ano de 2002. Todavia, dados mostram que a taxa brasileira de suicídio em idosos está estável nos últimos 30 anos, com valores em torno de 7 por 100 mil habitantes (PINTO *et al.*, 2012).

Enquanto isso, aumenta-se o número de pessoas que se suicidam na faixa etária de adolescentes e adultos jovens, tornando-se a de maiores ocorrências em estudos que avaliam o perfil de indivíduos que tentaram suicídio (RIBEIRO *et al.*, 2018; FÉLIX *et al.*, 2018). Para corroborar com isso, o novo relatório da OMS aponta o suicídio como a segunda maior causa de óbito na faixa etária de 15 a 29 anos (OMS, 2018).

Os altos índices de suicídio nos adolescentes e adultos jovens podem estar relacionados a alguns fatores inerentes a essa faixa etária, como ser considerado um período de exploração da identidade social e profissional, os quais são inseridos em novos contextos sociais, que perpassam insegurança e os tornam vulneráveis, além de ser apontada como uma etapa de maior exposição a situações de risco, tais como o uso de SPA. Também se destaca a necessidade da inserção no mercado de trabalho, desemprego, capacitação insuficiente e aumento da competitividade. Esse conjunto pode gerar sentimentos de negatividade, instabilidade e conseqüentemente sofrimento psíquico e maior risco de suicídio (PEREIRA *et al.*, 2018).

Logo, reflete-se sobre a necessidade de rediscutir a faixa etária utilizada como parâmetro de maior risco para o suicídio, já que o IRIS utiliza pessoas com idade igual ou maior do que 45 anos. Todavia, percebe-se na literatura que esses dados estão invertendo, com predomínio do grupo etário mais jovem. Entretanto, ainda se ressalta o quanto o suicídio é multidimensional, necessitando de outras avaliações para além da idade.

Nesse contexto, evidenciam-se alguns fatores de proteção para o comportamento suicida, como a prática de uma religião ou a religiosidade, fator também avaliado no IRIS, em

que se observou ausência desta em cerca de 39,6% dos usuários (n=197) avaliados, constituindo, assim, um fator de risco para o suicídio. Os maiores níveis de envolvimento religioso influenciam positivamente no bem-estar psicológico e satisfação com a vida, enquanto a sua ausência está associada a diagnósticos de depressão, abuso de álcool e outras drogas e pensamentos suicidas (SANTOS *et al.*, 2016).

Estudos mostram que a religião aumenta a coesão social e implica na geração de pensamentos positivos, bem como na recusa tácita de práticas negativas ou fatores de repulsão pela vida, concluindo que o envolvimento religioso promove menor chance de desenvolver comportamento suicida e tende a minimizar as chances de o indivíduo a consumir SPA (SANTOS *et al.*, 2016; NANTES; GRUBITS, 2017). O uso abusivo dessas substâncias pode desencadear o afastamento do indivíduo dessa prática e, com isso, aumentar o risco para o suicídio (ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014).

Dessarte, o uso abusivo de SPA pode acarretar prejuízo nas relações sociais e familiares, aumentando as chances de o indivíduo viver sozinho ou sem apoio familiar ou social, gerando o isolamento, visto em 38,6% (n=192) da amostra. Esse dado pode ser decorrente da dificuldade do usuário em se relacionar devido ao papel que a SPA assume na sua vida e a limitação em manter relacionamentos por causa dos conflitos concebidos pela SPA (CANTÃO; BOTTI, 2016). O uso de SPA em conjunto com o isolamento ou falta de apoio social constitui fatores preditores de sofrimento psíquico e do risco para o suicídio, uma vez que as relações fragilizadas ou incômodo gerado a partir delas são vistas como principais motivações para a autoagressão por usuários (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Ademais, 59,3% dos usuários (n=295) relataram perda recente marcante referente a luto, desemprego, perda material ou de estatuto. Esses dados corroboram com o encontrado em um estudo, que mostra perdas de figuras parentais na infância, término de relacionamentos amorosos e morte familiar nos usuários de SPA atendidos em um CAPS, em que cerca de 9% dessas perdas foram próximas à admissão no serviço (CANTÃO; BOTTI, 2016).

As perdas ou experiências traumáticas afetam diretamente a saúde mental desses usuários, pois provocam sentimentos de vulnerabilidade, desamparo e frustração, que associados ao uso de SPA aumentam consideravelmente o risco para o suicídio. Oliveira *et al.* (2016) mostram que a perda de entes queridos pode ser um fator motivador para o suicídio, visto que faz o indivíduo se sentir solitário. Além disso, alguns pacientes que tentaram suicídio afirmaram ter idealizado essa prática com a finalidade de ‘encontrar o ente querido que morreu’. Logo, esse acontecimento é um forte fator preditivo para o suicídio, principalmente quando a perda ou o luto não é vivenciado de forma fisiológica, o que pode gerar sofrimento psíquico constante.

Outro elemento que pode potencializar esse risco é a presença de uma doença física incapacitante ou terminal, observada em 13,7% (n=68) dos usuários entrevistados. Essa condição limita o indivíduo, tornando-o dependente e incapacitado para desenvolver atividades de vida diária, podendo causar sentimentos de inutilidade e, conseqüentemente, uma redução na autoestima e saúde mental desses indivíduos, constituindo, assim, risco para o comportamento suicida. Uma revisão integrativa aponta algumas condições clínicas específicas que podem estar relacionadas com esse risco, a saber: pessoas infectadas com o vírus HIV, pacientes oncológicos, com obesidade, gestantes de alto risco e puérperas (FÉLIX *et al.*, 2016).

Nesse cenário, destaca-se o uso abusivo de álcool, objeto do estudo, o qual o IRIS também avalia como fator de risco para o suicídio, visto em todos os usuários. Félix *et al.* (2019) confirmam que o uso abusivo de SPA dobra as chances para a tentativa de suicídio, as quais atuam como fator de motivação ou estimulante, decorrente de comportamentos impulsivos provocados pelo uso no momento da intoxicação e episódio depressivo no momento da abstinência.

Nesse intento, o uso abusivo de SPA pode desencadear um transtorno mental, como já discutido no segundo tópico, e 36,6% (n=182) dos usuários apresentaram esse diagnóstico no momento da coleta. Estudo evidencia que o usuário de SPA apresenta 1,62 vez mais chance de desenvolver um transtorno mental, principalmente a depressão (KEDZIOR; LAEBER, 2014). Além disso, essa condição aumenta em dez vezes o risco para o suicídio, constituindo condição importante a ser avaliada (DALGALARRONDO, 2019).

Ademais, a presença de transtorno mental pode aumentar a probabilidade de um internamento psiquiátrico, visto em 53,9% (n=268) dos entrevistados, o que denota a gravidade dos casos que necessitaram de uma intervenção hospitalar ou em comunidade terapêutica para reabilitação da saúde desses indivíduos. Esses dados foram similares a um estudo desenvolvido em um CAPS, no qual cerca de 57,6% dos usuários de SPA apresentaram histórico de internação hospitalar e a maioria (54,3%) destes manifestou alto risco de suicídio (CANTÃO; BOTTI, 2016).

Outrossim, aponta-se o histórico de suicídio na família como fator preditor para o comportamento suicida, o qual foi visualizado em 17,1% (n= 85) da amostra. Esse elemento também duplica as chances para tentativa de suicídio, que pode estar relacionado à presença de fatores que se interligam com a violência autodirigida, tais como expressão/fenótipo familiar em conjunto com aspectos ambientais desses indivíduos (MULLINS *et al.*, 2014). Também, Lu *et al.* (2016) avaliaram adolescentes que tentaram suicídio e revelaram que a escolha do método tende a se repetir ou ser a mesma nesses núcleos familiares, demonstrando a influência do

histórico para essa prática.

Nesse âmbito, torna-se essencial avaliar a esfera suicida dos usuários para facilitar a identificação do risco de suicídio. Nesta pesquisa, 43,0% (n=214) apresentaram histórico de comportamento suicida com pelo menos duas tentativas prévias ou uma considerada grave com método violento ou necessidade de cuidados intensivos. A tentativa prévia de suicídio consiste em um importante elemento prenunciador para um novo comportamento autolesivo, uma vez que aumenta o risco em sete vezes mais para o episódio atual de autoagressão, além de predispor a uma progressiva letalidade do método, aumentando, assim, as chances para a consumação do suicídio (FÉLIX *et al.*, 2019).

Estudo que avaliou pacientes depressivos que tentaram suicídio observou que 67,2% destes já tinham pelo menos 1 tentativa anterior, com uma média de 2,8 por pessoa, mínimo de 1 e máximo de 15 (SALVO; RAMIREZ; CASTRO, 2019). Corroborando com isso, uma outra pesquisa evidenciou que 34% da sua amostra apresentou história de tentativa prévia de suicídio e 1 a cada 8,3 usuários havia tentado no mês anterior (SOUZA *et al.*, 2014). Esses dados denotam a necessidade de uma intervenção precoce aos usuários que tentam suicídio por meio de um fluxo de cuidado preestabelecido, uma articulação intersetorial efetiva para identificar os elementos estressores e fornecer estratégias de prevenção, acompanhamento e monitoramento do comportamento autolesivo, com planos terapêuticos singulares e eficazes, a fim de minimizar futuras tentativas ou o suicídio consumado.

Para isso, é essencial investigar se há plano suicida, como também o acesso a meios letais, o que torna esse risco elevado, por si só. Nessa conjuntura, 8,8% (n=44) dos usuários apresentaram um plano suicida com pensamentos consistentes e exequíveis. O planejamento consiste em considerar um método ou meio para a autoagressão e constitui o antecessor imediato à tentativa de suicídio, uma vez que o comportamento suicida envolve o pensamento, a ideação, o planejamento e a tentativa (CLAUMANN *et al.*, 2018). Portanto, quando presente, deve haver uma intervenção imediata para reduzir as chances da tentativa.

As ações devem ser realizadas mediante a necessidade do usuário, tornando-se essencial conhecer esse indivíduo nos múltiplos contextos que podem influir no risco de suicídio, tais como o perfil sociodemográfico e econômico, tais como, sexo, faixa etária, raça, religião, escolaridade, ocupação, estado civil, filhos, renda familiar e situação de moradia, os quais foram avaliados e estão expostos na tabela abaixo (Tabela 15).

Tabela 15 – Relação entre o risco de suicídio e perfil sociodemográfico e econômico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variável | Risco de Suicídio | | | | | | P |
|----------------------------|-------------------|------|---------------|------|---------|------|------------------------------|
| | Reduzido | | Intermediário | | Elevado | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Sexo | | | | | | | 0,041¹ |
| Masculino | 28 | 7,1 | 162 | 40,8 | 207 | 52,1 | |
| Feminino | 15 | 15,0 | 38 | 38,0 | 47 | 47,0 | |
| Faixa etária | | | | | | | 0,004¹ |
| 12 – 19 | 6 | 15,0 | 16 | 40,0 | 18 | 45,0 | |
| 20 – 35 | 17 | 8,7 | 76 | 38,8 | 103 | 52,6 | |
| 36 – 49 | 6 | 3,6 | 67 | 40,1 | 94 | 56,3 | |
| 50 – 59 | 7 | 10,0 | 33 | 47,1 | 30 | 42,9 | |
| 60 – 69 | 7 | 29,2 | 8 | 33,3 | 9 | 37,5 | |
| Raça | | | | | | | 0,166 ¹ |
| Branca | 10 | 10,6 | 31 | 33,0 | 53 | 56,4 | |
| Preta | 5 | 7,6 | 34 | 51,5 | 27 | 40,9 | |
| Parda | 28 | 8,5 | 134 | 40,6 | 168 | 50,9 | |
| Amarela | 0 | 0 | 1 | 14,3 | 6 | 85,7 | |
| Religião | | | | | | | 0,010¹ |
| Sem religião | 4 | 2,8 | 57 | 40,1 | 81 | 57,1 | |
| Com religião | 39 | 11,0 | 143 | 40,3 | 173 | 48,7 | |
| Escolaridade | | | | | | | 0,214 ² |
| Sem escolaridade | 5 | 10,4 | 20 | 41,7 | 23 | 47,9 | |
| Ensino fundamental | 19 | 7,6 | 110 | 44,0 | 121 | 48,4 | |
| Ensino médio | 17 | 9,8 | 56 | 32,4 | 100 | 57,8 | |
| Ensino superior | 2 | 7,7 | 14 | 53,8 | 10 | 38,5 | |
| Ocupação | | | | | | | 0,020¹ |
| Sem ocupação | 23 | 8,0 | 102 | 35,5 | 162 | 56,4 | |
| Com ocupação | 20 | 9,5 | 98 | 46,7 | 92 | 43,8 | |
| Estado civil | | | | | | | <0,001¹ |
| Sem companheiro | 19 | 5,5 | 133 | 38,6 | 193 | 55,9 | |
| Com companheiro | 24 | 15,8 | 67 | 44,1 | 61 | 40,1 | |
| Filhos | | | | | | | 0,464 ¹ |
| Não | 13 | 7,2 | 69 | 38,3 | 98 | 54,4 | |
| Sim | 30 | 9,5 | 131 | 41,3 | 156 | 49,2 | |
| Renda familiar (SM) | | | | | | | 0,506 ¹ |
| < 1 | 10 | 6,8 | 56 | 37,8 | 82 | 55,4 | |
| 1 | 17 | 11,6 | 62 | 42,5 | 67 | 45,9 | |
| 1,1 a 3,9 | 11 | 7,7 | 57 | 40,1 | 74 | 52,1 | |
| 4 a 6 | 0 | 0 | 6 | 46,2 | 7 | 53,8 | |
| Situação de moradia | | | | | | | 0,095 ¹ |
| Casa própria | 37 | 12,0 | 121 | 39,3 | 150 | 48,7 | |
| Casa alugada | 4 | 3,0 | 56 | 42,1 | 73 | 54,9 | |
| Casa cedida | 1 | 3,7 | 13 | 48,1 | 13 | 48,1 | |
| Institucionalizado | 1 | 6,3 | 6 | 37,5 | 9 | 56,3 | |
| Em situação de rua | 0 | 0 | 4 | 30,8 | 9 | 69,2 | |

Fonte: Própria. 1. Teste de qui quadrado. 2. Teste de Fisher.

O sexo apresentou relação estatisticamente significante com o risco de suicídio ($p < 0,05$). Mais da metade dos homens apresentaram risco elevado para o suicídio (52,1%), com prevalência maior nessa variável do que as mulheres (47,0%). Esse dado é indubitável na literatura, na qual o sexo masculino possui maior prevalência no ato suicida, em diversos estudos (RIBEIRO *et al.*, 2018; SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2019). Estudo realizado na Colômbia

mostrou taxa média do suicídio de 6,7 em homens e 1,8 em mulheres, ao avaliar 56.448 suicídios entre 1979 e 2014 no país (CHAPARRO-NARVÁEZ, DÍAZ-JIMÉNEZ; CASTAÑEDA-ORJUELA, 2019), consolidando, assim, essa hegemonia do sexo masculino.

Além disso, também se identificou associação estatisticamente significativa da faixa etária com o risco de suicídio, com maior predomínio de risco elevado entre 36 a 49 anos (56,3%), seguida dos usuários com 20 a 35 anos (52,6%), o que corresponde ao adulto e adulto jovem. Esse grupo etário já é considerado de risco para o suicídio, visto que esta é a segunda maior causa de morte na faixa etária até 29 anos (OMS, 2018).

Este estudo ainda ampliou a faixa etária apontada pela OMS, uma vez que os usuários com 36 a 49 anos apresentaram maior prevalência, enquanto os estudos mostram que há uma tendência para diminuição do suicídio com a idade, tornando a adolescência com maior risco para isso. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de a maioria dos participantes da pesquisa ser do sexo masculino, pois Boas *et al.* (2019) afirmam que os homens tentam suicídio mais tardiamente do que as mulheres. Elas apresentam picos na adolescência enquanto eles, mais próximos da fase idosa.

Nessa perspectiva, avaliaram-se outros contextos referentes ao risco de suicídio, tais como a raça, a qual não apresentou relação estatisticamente significativa, semelhante ao encontrado nas análises para TMC e depressão, previamente abordadas. No entanto, há evidências de que o suicídio acomete mais pessoas pardas, visto que 80% dos indivíduos que tentaram suicídio, de 2000 a 2011, no Brasil, eram pardos, sendo essa raça considerada de risco para tal ato. Contudo, destaca-se a miscigenação histórica do país, que favorece para que uma grande parte dos indivíduos se autotitule parda (PEDROSA *et al.*, 2018).

Ao prosseguir com a avaliação do perfil dos usuários, constatou-se que a religião mostrou associação estatisticamente significativa com o risco de suicídio ($p < 0,05$), com maior prevalência dos usuários sem religião, correspondendo a 57,1% com risco elevado. Frequentar comunidades religiosas pelo menos uma vez por semana ou mais minimiza em 84% as chances de suicídio ao comparar com pessoas que nunca frequentaram, o que pode reduzir as taxas de incidência de 7 por 100.000 pessoas ao ano para somente 1 por 100.000 ao ano, constituindo, assim, a religião como um importante fator protetor para o suicídio (KOENING, 2016).

A literatura também destaca o nível de escolaridade elevado como um fator protetor para o suicídio, pois a baixa escolaridade pode aumentar as taxas de desemprego que causam dificuldades financeiras e instabilidade econômica familiar, corroborando, dessa forma, para o suicídio (PEDROSA *et al.*, 2018). Porém, neste estudo, a escolaridade não esteve associada estatisticamente significativa com o risco de suicídio.

Conquanto, esse achado difere da ocupação, a qual mostrou relação estatisticamente significativa com o risco de suicídio, com ênfase nas pessoas sem ocupação, visto que 56,4% foram identificadas com risco elevado perante 43,8% com ocupação. Alguns estudos apontam que há uma correlação positiva entre comportamentos suicidas e o desemprego, sobretudo nos homens, já que ainda são vistos culturalmente como provedores do sustento familiar. Quando isso não acontece, pode ser desestruturante para o indivíduo, causando sentimentos de insegurança e inutilidade, o que pode desencadear o pensamento suicida (MENEZES, 2016).

Nesse ínterim, destaca-se o estado civil que mostrou ter associação estatisticamente significativa com o risco de suicídio. Mais da metade dos usuários sem companheiro foram identificados como de risco elevado para o suicídio (55,9%). Estudo confirmou que o risco é 5,44 vezes maior para pessoas divorciadas do que indivíduos casados e elencou que pessoas solteiras enfrentam alto risco para o suicídio (PARK; LEE; KIM, 2018).

Esses dados podem estar vinculados ao fato de que indivíduos solteiros estão mais suscetíveis à solidão, isolamento social, exclusão e dificuldades em resolver problemas, elevando as taxas de suicídio, enquanto o companheiro pode atuar como uma importante rede de apoio e vínculo para os usuários, uma vez que as relações pessoais favoráveis são consideradas motivação de vida, atuando como ponto preventivo para o suicídio (MIRANDA *et al.*, 2018).

Da mesma forma, há evidências de que a redução no número médio de pessoas na família também pode elevar o número de suicídio (PEDROSA *et al.*, 2018). Todavia, ao avaliar a relação entre a presença de filhos e o risco de suicídio, não houve associação estatisticamente significativa. Resultado semelhante ao encontrado na renda familiar e situação de moradia, as quais também não se relacionaram de forma estatisticamente significativa com o suicídio.

No entanto, ao avaliar a prevalência no que concerne ao risco elevado para o suicídio, constatou-se que mais da metade dos usuários (55,4%) que possuem menos de um salário mínimo como renda familiar foram identificados nessa categoria. Nesse sentido, a literatura aponta a baixa renda familiar como elemento de risco para o suicídio, visto que está ligada à situação financeira dos indivíduos e afeta diretamente as condições de vida e saúde desse público (MOREIRA *et al.*, 2017).

Outrossim, ressalta-se que, ao avaliar a situação de moradia de maneira descritiva, há uma maior prevalência de usuários de SPA em situação de rua (69,2%) com risco elevado para suicídio. Esse achado corrobora com uma pesquisa, a qual aponta que essa população possui mais chances de cometer o suicídio, em decorrência da sua maior vulnerabilidade social, com suporte social reduzido, aumentando a exclusão e diminuição de motivação para a vida, o

que pode provocar o comportamento suicida (HALPERN; DIEMEN, 2017).

Nesse intento, muitos são os fatores que podem estar relacionados com o suicídio. Dentre estes, aponta-se o perfil clínico dos usuários de SPA, o qual foi avaliado e exposto na tabela abaixo (Tabela 16).

Tabela 16 - Relação entre o risco de suicídio e perfil clínico nos usuários de SPA, 11ª Região de Saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variável | Risco de suicídio | | | | | | p |
|---|-------------------|------|---------------|------|---------|------|------------------------------|
| | Reduzido | | Intermediário | | Elevado | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| CID 10 | | | | | | | <0,001¹ |
| F19 | 20 | 5,5 | 143 | 39,2 | 202 | 51,1 | |
| F10 | 9 | 9,9 | 42 | 46,2 | 40 | 44,0 | |
| F17 | 10 | 32,3 | 12 | 38,7 | 9 | 29,0 | |
| F12 | 3 | 60,0 | 1 | 20,0 | 1 | 20,0 | |
| F14 | 1 | 20,0 | 2 | 40,0 | 2 | 40,0 | |
| Comorbidades clínicas | | | | | | | 0,070 ¹ |
| Ausente | 35 | 10,0 | 146 | 41,8 | 168 | 48,1 | |
| Presente | 8 | 5,4 | 54 | 36,5 | 86 | 58,1 | |
| Comorbidades psiquiátricas | | | | | | | <0,001¹ |
| Ausente | 35 | 11,6 | 140 | 46,5 | 126 | 41,9 | |
| Presente | 8 | 4,1 | 60 | 30,6 | 128 | 65,3 | |
| Comorbidade psiquiátrica e uso de substância | | | | | | | <0,001¹ |
| Antes do uso | 2 | 5,6 | 11 | 30,6 | 23 | 63,8 | |
| Depois do uso | 6 | 4,0 | 47 | 31,1 | 98 | 64,9 | |

Fonte: Própria. 1. Teste de qui quadrado.

Ao avaliar o CID 10 referente ao uso abusivo de SPA, percebeu-se que há relação estatisticamente significativa com o risco de suicídio. Mais da metade (51,1%) dos usuários com transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de múltiplas SPA (F19) apresentaram risco elevado para o suicídio, seguidos das pessoas com transtornos relacionados ao consumo de álcool (F10), em que 44,0% possuíam risco elevado.

O uso de múltiplas substâncias tem relação direta com comportamentos impulsivos, uma vez que estudo mostra níveis mais altos de impulsividade nesse público ao comparar com indivíduos que não apresentam esse hábito, bem como com aqueles que consomem apenas uma SPA. Isso demonstra que o uso de múltiplas SPA aumenta as chances para tentativa de suicídio, pois alterações comportamentais e emocionais como a impulsividade estão relacionadas ao suicídio (ALMEIDA; FLORES; SCHEFFER, 2013).

Também se enfatiza que a intoxicação alcoólica pode atuar como estímulo para pensamentos suicidas e potencializa a letalidade do método utilizado na tentativa de suicídio (CANTÃO; BOTTI, 2017). Estudo aponta que quase 70% dos pacientes relataram tentativa de suicídio durante intoxicação com o álcool (REYES-TOVILLA *et al.*, 2015). Esse achado é justificado por um relato de uma pessoa em uso abusivo de SPA, a qual afirma que o álcool

encoraja a pessoa a fazer aquilo que está pensando, assim como torna mais intensos os problemas e sentimentos negativos, tanto na intoxicação, abstinência ou recaída, fortalecendo, com isso, as chances para o comportamento suicida (CANTÃO; BOTTI, 2017).

O consumo abusivo de SPA pode acarretar o comprometimento da saúde, tornando o usuário mais suscetível à aquisição de doenças (ALVAREZ; GOMES; XAVIER, 2014). No entanto, não houve relação estatisticamente significativa das comorbidades clínicas com o risco de suicídio nos usuários de SPA ($p > 0,05$). Esse dado diverge do encontrado na literatura, que aponta doenças físicas graves e o uso de SPA como fatores de risco para o suicídio, sendo fundamental um bom manejo das comorbidades associadas para minimizar esse risco (SMS - RJ, 2016).

O contraste nesse achado pode estar relacionado a não gravidade das comorbidades clínicas apresentadas pelos usuários de SPA, uma vez que não se questionou esse fator no instrumento. Todavia, ao avaliar as comorbidades psiquiátricas, constatou-se relação estatisticamente significativa com o risco de suicídio nesse público ($p < 0,05$), informação fortalecida na literatura (WHO, 2014; BOTTI *et al.*, 2018).

Botti *et al.* (2018) reiteram que comorbidade psiquiátrica, especialmente depressão e esquizofrenia, e o transtorno devido ao uso de SPA apresentam associação estatisticamente significativa com comportamento suicida ($p < 0,001$). A maioria das pessoas que tentaram suicídio apresentava comorbidade psiquiátrica significativa, ressaltando a necessidade do diagnóstico precoce e tratamento dessas doenças para prevenir o ato suicida.

Com essa premissa, avaliou-se a relação entre o risco de suicídio e o padrão de consumo e demais variáveis referentes ao uso de SPA, as quais estão expostas na tabela abaixo (Tabela 17).

Tabela 17 - Relação entre o risco de suicídio e os aspectos referentes ao uso de SPA nos usuários, 11ª Região de saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Variáveis | Risco de suicídio | | | | | | p |
|--------------------------------------|-------------------|------|---------------|------|---------|------|--------------------------|
| | Reduzido | | Intermediário | | Elevado | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| 1. Substância de primeiro uso | | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | | | 0,048¹ |
| Não | 25 | 6,8 | 148 | 40,4 | 193 | 52,7 | |
| Sim | 18 | 13,7 | 52 | 39,7 | 61 | 46,6 | |
| Maconha | | | | | | | 0,618 ¹ |
| Não | 38 | 8,9 | 175 | 40,9 | 215 | 50,2 | |
| Sim | 5 | 7,2 | 25 | 36,2 | 39 | 56,5 | |
| Inalantes | | | | | | | 0,928 ¹ |
| Não | 38 | 8,9 | 175 | 40,9 | 215 | 50,2 | |
| Sim | 1 | 9,0 | 5 | 45,5 | 5 | 45,5 | |

(Continua)

| Variáveis | Risco de suicídio | | | | | | p |
|--------------------------------------|-------------------|------|---------------|------|---------|------|------------------------------|
| | Reduzido | | Intermediário | | Elevado | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| 1. Substância de primeiro uso | | | | | | | |
| Bebida alcoólica | | | | | | | 0,191 ¹ |
| Não | 22 | 11,5 | 76 | 39,8 | 93 | 48,7 | |
| Sim | 21 | 6,9 | 124 | 40,5 | 161 | 52,6 | |
| Cocaína/Crack | | | | | | | 0,744 ¹ |
| Não | 41 | 8,5 | 195 | 40,5 | 246 | 51,0 | |
| Sim | 2 | 13,3 | 5 | 33,3 | 8 | 53,3 | |
| Hipnóticos/Sedativos | | | | | | | 0,309 ¹ |
| Não | 42 | 8,5 | 199 | 40,3 | 253 | 51,2 | |
| Sim | 1 | 33,3 | 1 | 33,3 | 1 | 33,3 | |
| 2. SPA mais utilizadas | | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | | | 0,809 ¹ |
| Não | 16 | 8,9 | 75 | 41,9 | 88 | 49,2 | |
| Sim | 27 | 8,5 | 125 | 39,3 | 166 | 52,2 | |
| Maconha | | | | | | | 0,171 ¹ |
| Não | 27 | 10,2 | 112 | 42,3 | 126 | 47,5 | |
| Sim | 16 | 6,9 | 88 | 37,9 | 128 | 55,2 | |
| Inalantes | | | | | | | 0,159 ¹ |
| Não | 41 | 9,5 | 174 | 40,5 | 215 | 50,0 | |
| Sim | 2 | 3,0 | 26 | 38,8 | 39 | 58,2 | |
| Alucinógenos | | | | | | | 0,017¹ |
| Não | 43 | 8,9 | 199 | 41,0 | 243 | 50,1 | |
| Sim | 0 | 0 | 1 | 8,3 | 11 | 91,7 | |
| Estimulantes | | | | | | | 0,602 ¹ |
| Não | 41 | 8,5 | 196 | 40,5 | 247 | 51,0 | |
| Sim | 2 | 15,4 | 4 | 30,8 | 7 | 53,8 | |
| Bebida alcoólica | | | | | | | <0,001¹ |
| Não | 15 | 24,6 | 21 | 34,4 | 25 | 41,0 | |
| Sim | 28 | 6,4 | 179 | 41,1 | 229 | 52,5 | |
| Cocaína/Crack | | | | | | | 0,005¹ |
| Não | 30 | 11,2 | 118 | 43,9 | 121 | 45,0 | |
| Sim | 13 | 5,7 | 82 | 36,0 | 133 | 58,3 | |
| Hipnóticos/Sed. | | | | | | | 0,572 ¹ |
| Não | 41 | 8,5 | 196 | 40,6 | 246 | 50,9 | |
| Sim | 2 | 14,3 | 4 | 28,6 | 8 | 57,1 | |
| Opioides | | | | | | | 0,597 ¹ |
| Não | 43 | 8,7 | 199 | 40,4 | 251 | 50,9 | |
| Sim | 0 | 0 | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | |
| 3. SPA problema | | | | | | | |
| Derivados do tabaco | | | | | | | <0,001¹ |
| Não | 43 | 8,7 | 200 | 40,2 | 254 | 51,1 | |
| Sim | 30 | 6,9 | 170 | 39,1 | 235 | 54,0 | |
| Maconha | | | | | | | 0,073 ¹ |
| Não | 38 | 8,1 | 188 | 39,9 | 245 | 52,0 | |
| Sim | 5 | 19,2 | 12 | 46,2 | 9 | 34,6 | |
| Inalantes | | | | | | | 0,803 ¹ |
| Não | 43 | 8,7 | 199 | 40,3 | 252 | 51,0 | |
| Sim | 0 | 0 | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 | |
| Bebidas alcoólicas | | | | | | | 0,321 ¹ |
| Não | 29 | 10,3 | 110 | 39,0 | 143 | 50,7 | |

(Conclusão)

| Variáveis | Risco de suicídio | | | | | | p |
|-------------------------------------|-------------------|------|---------------|------|---------|------|--------------------------|
| | Reduzido | | Intermediário | | Elevado | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| 3. SPA problema | | | | | | | |
| Bebida alcóolica | | | | | | | |
| Sim | 14 | 6,5 | 90 | 41,9 | 111 | 51,6 | 0,011¹ |
| Cocaína/Crack | | | | | | | |
| Não | 32 | 10,5 | 133 | 43,5 | 141 | 46,1 | |
| Sim | 11 | 5,8 | 67 | 35,1 | 113 | 59,2 | |
| 4. Tempo abstinente | | | | | | | |
| 1 semana | 21 | 7,8 | 98 | 36,4 | 150 | 55,8 | 0,113 ¹ |
| 1 mês | 7 | 7,7 | 37 | 40,7 | 47 | 51,6 | |
| 1 ano | 15 | 10,9 | 65 | 47,4 | 57 | 41,6 | |
| 5. Histórico familiar de SPA | | | | | | | |
| Sim | 32 | 8,0 | 162 | 40,6 | 205 | 51,4 | 0,687 ¹ |
| Não | 9 | 10,3 | 32 | 36,8 | 46 | 52,9 | |

Fonte: Própria. 1. Teste qui- quadrado.

Ao analisar a tabela, observa-se que houve associação estatisticamente significativa dos derivados do tabaco com o risco de suicídio, quando apontados como SPA de primeiro uso ($p=0,048$) e SPA problema ($p=0,000$). Dos usuários que apontaram os derivados do tabaco como SPA problema, 52,2% ($n=166$) apresentaram risco elevado para o suicídio.

Um estudo realizado com pessoas usuárias de derivados do tabaco constatou que 32,1% apresentaram alto risco para o suicídio, de maneira que quanto maior o número de cigarros utilizados por dia, maior se torna o risco para o suicídio (OLIVEIRA; SANTOS; FUREGATO, 2017). Esse fato pode ser devido ao tabaco reduzir a atividade da enzima monoaminaoxidase, aumentando o comportamento impulsivo e, por consequência, a predisposição para a ação autolesiva (HOGG, 2016).

Nesse ínterim, ressalta-se que já existem políticas para o controle do tabagismo, que diminuíram os índices no país, atuando como fator protetor para essa conduta. Nessa mesma perspectiva, os alucinógenos apresentaram associação estatisticamente significativa com o risco de suicídio, na categoria referente às SPA mais utilizadas ($p=0,017$), uma vez que 91,7% ($n=11$) apresentaram risco elevado para o suicídio, demonstrando sua seriedade nesse contexto.

Estudo de revisão integrativa evidenciou que os alucinógenos possuem correlação positiva com o comportamento suicida e mostra que usuários dessa substância apresentam maiores índices de ideação suicida do que aqueles que utilizam outras SPA ilícitas, com exceção das anfetaminas (SILVA; LIMA; SOUGEY, 2016). Esse fato pode ser devido aos efeitos que os alucinógenos causam, especialmente distorções na percepção do ambiente, delírios de perseguição e grandiosidade, bem como alucinações que favorecem a conduta suicida (SANTA

CATARINA, 2015).

Outra SPA que apresentou relação estatisticamente significativa com o suicídio foi a bebida alcoólica quando elencada como SPA mais utilizada ($p < 0,01$), em que 41,1% ($n=179$) possuíram risco intermediário para o suicídio e 52,5% ($n=229$) elevado. Enfatiza-se que a bebida alcoólica é a substância mais consumida devido a sua licitude, facilidade de acesso e preço baixo (GONÇALVES; PONCE; LEYTON, 2015).

O álcool reduz os níveis dos neurotransmissores responsáveis pela regulação do humor, bem como aumenta os comportamentos impulsivos, elevando o risco de suicídio (GARRIDO *et al.*, 2016). A ligação entre álcool e suicídio é consolidada em diversos países no mundo, sendo a SPA mais encontrada na amostra de sangue de pessoas que se suicidaram, o que corresponde a 62% nas intoxicações e 66% nos enforcamentos, revelando que esse público tem cerca de 60 a 120 vezes mais chances de cometer suicídio do que a população que não consome essa SPA (GONÇALVES; PONCE; LEYTON, 2015).

Nesse cenário, a cocaína/*crack* também apresentou relação estatisticamente significativa com o risco de suicídio em duas categorias, no que tange às SPA mais utilizada e SPA problema, em que a maioria dos usuários se enquadrou no risco elevado para o suicídio, semelhante ao encontrado quando comparado com o TMC e episódio depressivo, que apresentou associação estatisticamente significativa, tornando-se fator de risco para essas circunstâncias.

As pessoas que usam de forma abusiva a cocaína/*crack* apresentam maior risco de automutilação em razão da agressividade e problemas nas relações interpessoais, o que pode acarretar o rompimento de relações familiares e sociais importantes, contribuindo para sentimentos de depressão (ROCHA *et al.*, 2015). Ademais, destaca-se que o consumo dessa substância causa sintomas de impulsividade que associada à depressão aumenta o risco para o comportamento suicida (WINHUSEN *et al.*, 2013).

Logo, enfatiza-se a necessidade de ampliar as discussões quanto ao uso de cocaína/*crack* e o âmbito do suicídio, uma vez que se observa essa relação positiva e proporcional, além de ser uma SPA que apresenta uso crescente na sociedade. Também, é importante avaliar o contexto das outras SPA, mesmo aquelas que não apresentaram relação estatisticamente significativa neste estudo, tais como maconha, opioides, hipnóticos/sedativos, inalantes e estimulantes. Estas afetam diretamente a vida do indivíduo, podendo também estar envolvidas no processo de saúde mental e suicídio.

Além disso, é essencial avaliar os outros contextos que envolvem a SPA, a exemplo do tempo abstinentes da SPA e a presença de histórico familiar de SPA, os quais não

apresentaram associação estatisticamente significativa com o suicídio nesta pesquisa. Entretanto, são condições importantes que carecem de maiores investigações.

Estudos evidenciam que a história familiar influencia diretamente na vida dos indivíduos, exibindo um padrão transgeracional quanto ao uso de SPA e comportamento suicida, uma vez que há um padrão repetitivo de conflitos, rompimento de vínculos, violência intrafamiliar e o consumo abusivo de SPA no decorrer das gerações, além de transtornos psiquiátricos, que contribuem para a conduta suicida (CANTÃO; BOTTI, 2016; BOTTI, MACHADO; TAMEIRÃO, 2014).

Quanto ao período abstinente, destaca-se que também é considerado um período de risco, principalmente relacionado ao uso do *crack*, visto que a abstinência pode causar ansiedade, fissura, agressividade, alucinações e delírios que podem contribuir para o comportamento suicida (BOTTI; MACHADO, 2015). Hess, Almeida e Morais (2012) observaram alto risco de suicídio entre usuários em abstinência, em tratamento na comunidade terapêutica, principalmente naqueles com período precoce de abstinência, pois podem apresentar os sintomas referidos anteriormente, além de estarem mais suscetíveis à recaída. Salienta-se que quanto menor o tempo de abstinência, maior se torna a suscetibilidade do indivíduo para esses comportamentos de risco para o suicídio.

Assim, há inúmeros fatores que interferem diretamente no risco para o suicídio, dentre estes, enfatiza-se o TMC, que apresentou associação estatisticamente significativa com o risco de suicídio. Verificou-se que 62,9% (n=244) dos usuários que apresentaram TMC possuíam risco elevado para o suicídio, comparados a 9,2% (n=10) daqueles que não tinham o diagnóstico de TMC, como observado na tabela abaixo (Tabela 18).

Tabela 18 - Associação entre risco de suicídio e transtorno mental comum nos usuários de SPA, 11ª Região de saúde, Ceará, Brasil, 2019

| Transtorno mental comum | Risco de suicídio | | | p ¹ |
|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------|------------------|
| | Reduzido (%) | Intermediário (%) | Elevado (%) | |
| Ausente | 32 (29,3%) | 67 (61,5%) | 10 (9,2%) | <0,001 |
| Presente | 11 (2,8%) | 133 (34,3%) | 244 (62,9%) | |

Fonte: Própria. 1. Teste de qui quadrado.

Em relação a isso, o uso abusivo de SPA dobra as chances para a tentativa de suicídio, enquanto que a presença de um transtorno mental eleva em dez vezes o risco para tal prática, constituindo condições importantes que aumentam o número de violência autoprovocada, principalmente quando associadas (FÉLIX *et al.*, 2018).

Moreira *et al.* (2020) corroboram ao afirmar que o diagnóstico duplo, no que se refere à associação entre transtorno relacionado ao uso de substâncias e transtorno mental, é considerado fator de risco para o suicídio. Esses dois problemas apresentam intrínseca causalidade, pois o consumo de SPA pode acarretar transtornos mentais ou o inverso.

Dessa maneira, percebeu-se que o suicídio está ligado a inúmeros fatores, sejam eles individuais, sociais, econômicos, clínicos e relacionados ao uso de SPA, o que comprova a importância de investigar essas associações para promover intervenções adequadas às necessidades desse grupo.

6 CONCLUSÃO

Assim, retomam-se os objetivos do estudo, no que concerne a descrever o perfil sociodemográfico, clínico e relacionado ao consumo de substâncias psicoativas dos usuários; detectar a presença de transtorno mental comum nos usuários de substâncias psicoativas utilizando o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20); identificar características relacionadas à depressão com apoio do questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9); averiguar a presença do risco de suicídio por meio do Índice de Risco de Suicídio (IRIS); verificar a associação entre a presença de transtorno mental comum e o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas.

Portanto, esta pesquisa retratou que a maioria dos usuários de SPA era do sexo masculino, com faixa etária de 20 a 49 anos, parda, com religião, ensino fundamental, sem ocupação e sem companheiro fixo, porém com filhos, residente em casa própria com 1 a 3 moradores por domicílio. Além disso, a maior parte possui transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas, com a bebida alcoólica sendo a mais relatada como de primeiro uso, mais utilizada e SPA problema. Todavia, menos da metade apresenta comorbidades clínicas e psiquiátricas.

Nessa perspectiva, confirma-se a primeira hipótese no que se refere ao alto risco para o suicídio nas pessoas com transtornos relacionados ao uso de SPA, uma vez que mais da metade apresenta risco elevado para esse comportamento e ao somar com risco intermediário integra quase a totalidade dos participantes. Da mesma forma, confirmam-se as demais hipóteses, visto que a maioria apresentou transtorno mental comum e episódio depressivo maior. A presença desses diagnósticos nos usuários de SPA está relacionada ao risco de suicídio.

Ressalta-se que as variáveis religião, ocupação, estado civil, comorbidades psiquiátricas e CID 10 apresentaram associação estatisticamente significativa com os três desfechos analisados. Destacam-se os derivados do tabaco como SPA de primeiro uso e bebida alcoólica, maconha e cocaína/*crack* como as SPA mais utilizadas e SPA problema, as quais apresentaram relação estatisticamente significativa com TMC, EDM e risco de suicídio.

Logo, este estudo possibilitou identificar o perfil dos usuários de SPA, bem como as suas relações com o transtorno mental comum, episódio depressivo e risco de suicídio, gerando evidências acerca de importantes problemas de saúde mental nesse público, o que suscita reflexões sobre a necessidade de políticas públicas de saúde que envolvam intervenções efetivas, para além do uso de SPA, mas com foco no indivíduo biopsicossocial, no que tange à

saúde mental e física e qualidade de vida.

Enfatiza-se que o reconhecimento dos fatores protetores e preditores para o desenvolvimento dessas circunstâncias facilita a tomada de decisões na perspectiva de priorizar ações para os grupos mais vulneráveis com foco na promoção da saúde mental e programas direcionados a essas problemáticas, minimizando, dessa forma, os sofrimentos de ordem mental e o risco de suicídio.

Ademais, destaca-se que esta pesquisa utilizou uma amostra significativa da população estudada, contribuindo para as discussões acerca do tema. Entretanto, apresentou algumas limitações por se tratar de um estudo transversal que inibe a possibilidade de inferências de causalidade e ressalta a necessidade de ter investigado o padrão de consumo das SPA para maiores evidências. Ressaltam-se também os impasses encontrados no campo, no que se refere às dificuldades de acesso ao público-alvo em razão do número reduzido de usuários de SPA acompanhados nos serviços.

Nesse sentido, observa-se o quão complexa é essa relação entre risco de suicídio, TMC e depressão nos usuários de SPA, o que carece de novos estudos em âmbito nacional com caráter experimental ou, ainda, com abordagens qualitativas na tentativa de compreender as histórias pessoais e vivências singulares dos usuários na prática clínica. A fim de ampliar essas relações e facilitar ações de prevenção para o suicídio, fazem-se necessárias políticas públicas com ênfase no controle dos métodos utilizados para a autolesão, bem como respostas sociais para a redução do comportamento suicida, especialmente naqueles em uso problemático de SPA.

REFERÊNCIAS

ADAN, A.; MARQUEZ-ARRICO, J.E.; GILCHRIST, G. Comparison of health-related quality of life among men with different co-existing severe mental disorders in treatment for substance use. **Health Qual Life Outcomes**, v. 15, n. 209, 12 p., out. 2017. DOI: 10.1186/s12955-017-0781-y. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5654090/>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ALMEIDA, G.B.; FERNANDES, D.R. Correlação entre o uso de cocaína e crack com transtornos psicóticos ou neuropsicológicos: revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 10, n. 1, p. 62-70, jan./jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.31072/rcf.v10iedesp.790>. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/790>. Acesso em: 10 ago. 2018.

ALMEIDA, R.A. *et al.* Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 526-38, set. 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140049>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n102/526-538/pt> Acesso em: 29 jun. 2019.

ALMEIDA, R.M.M.; FLORES, A.C.S.; SCHEFFER, M. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, 9 p., 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100001>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; XAVIER, D. M. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.8, n.3, p. 641- 8, mar. 2014. DOI: 10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201419. Disponível em: <https://biopharma.stackdiscovery.com/eds/detail?db=rzh&an=104049641&isbn=19818963>. Acesso em: 15 jan. 2020.

ALVES, T.M.; ROSA, L.C. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 443-62, ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p443>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v24n2/1805-9584-ref-24-02-00443.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V-TR)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.

ANDRADE, N.S. *et al.* Drogas e adolescência. **Psicologia. PT**, dez. 2014. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0832.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

ANDRADE, T. M. **SUPERA**: o uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação políticas públicas e fatores culturais. 4 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

ANDRETTA, I. *et al.* Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Usuários de Drogas

em Tratamento em Comunidades Terapêuticas. **Psico-USF**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 361-73, Jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230214>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000200361&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2020.

ANJOS, K.F.; SANTOS, V.C.; ALMEIDA, O.D.S. Caracterização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n.2, p. 418-31, abr./jun. 2012.

ARANTES, L.F.R. Binge drinking: um estudo bibliométrico (1999-2010) dos artigos publicados na base de dados SciELO. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n.2, p. 253-7, jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2019.

ARRIBAS-IBAR, E. *et al.* Suicidal behaviours in male and female users of illicit drugs recruited in drug treatment facilities. **Gaceta Sanitaria**, v. 31, n.4, p. 292-98, July./aug. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.011>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300122>. Acesso em: 30 ago. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio**: informando para prevenir. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BASTOS, E. F. **Características associadas à sintomatologia de depressão em primeiranistas**. 2018. 68 f. Dissertação (Mestrado em Ensino e Processos Formativos) – Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista (UNESP), São José do Rio Preto, 2018.

BASTOS, J. L. *et al.* Discriminação de idade, classe e raça: suas interações e associações com a saúde mental entre estudantes universitários brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.1, p. 175-86, jan. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00163812>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100175&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

BEAULIEU, T. *et al.* Major depressive disorder and access to health services among people who use illicit drugs in Vancouver, Canada. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 13, n. 3, 8 p. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0142-9>. Disponível em: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-018-0142-9>. Acesso em: 13 jan. 2020.

BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 2, p. 187-97, mai./ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 ago. 2019.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BOAS, A. C. V. *et al.* Profile of suicide attempts treated in a Public Hospital of Rio Branco,

Acre State from 2007 to 2016. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 57-64, Apr. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.157750>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/157750>. Acesso em: 08 fev. 2020.

BORGO, A. P. **Análise Post-Mortem de cocaína em cabelo utilizando a técnica de LC-MS/MS**. 2016. 98 f. Dissertação (Mestrado em Ciências médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312947/1/Borgo_AnaPaula_M.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

BOSKA, G. A. *et al.* Mudanças percebidas por usuários de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, n. 2, p. 439-46, fev. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25068p439-446-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/25068/27854>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n.3, p. 231-6, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2018.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTTI, N. C. L. *et al.* Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, 10 p. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.5428>. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883500/54280-231505-1-pb.pdf>. Acesso em 16 fev. 2020.

BOTTI, N. C. L.; MACHADO, J. S. A.; TAMEIRÃO, F. V. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 290-303, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100016. Acesso em: 23 fev. 2020.

BRANAS, C. C. *et al.* Acute Alcohol Consumption, Alcohol Outlets, and Gun Suicide. **Substance Use & Misuse**, v. 46, n. 13, p. 1592–1603, 2011. DOI 10.3109 / 10826084.2011.604371. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21929327/>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovoada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018**. V. 50, n.24, set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da**

Diretoria Colegiada - RDC nº 325, de 3 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a atualização do Anexo I (Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial) da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Brasil: ANVISA, 2019. 85 p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/3233596/69+-+RDC+N%C2%BA+325-2019+-+DOU.pdf/ebd37db1-4154-4c53-b191-d22d22a8ab26>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. **Transtornos por abuso de Alucínógenos: Protocolo clínico.** Santa Catarina (SC): Rede de Atenção Psicossocial, 2015. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9218-abuso-de-alucinogenos/file>. Acesso em: 24 jan. 2020.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de--lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio: Saber, agir e prevenir.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 15 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos por suicídio.** 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10br.def>. Acesso em: 07 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.** Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Estatísticas vitais, mortalidade.** 2013. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/DATASUS>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BÜCHELE, F.; CRUZ, D. D. O. Álcool e outras drogas: seus aspectos socioculturais. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 5. ed. Brasília: SENAD, 2013. p. 96-109.

CALASSA, G. D. B.; PENSO, M. A.; FREITAS, L.G. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. **Psicologia em Pesquisa**, v. 9,

n. 2, p. 177- 87, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020008>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 nov. 2018.

CALIXTO FILHO, M.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/134006>. Acesso em: 08 mai. 2018.

CAMARGO, R. S. **Investigação dos Sintomas Depressivos em Usuários de Álcool e/ou Cocaína em Acompanhamento Telefônico para Cessação do Uso**. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/265/1/Camargo%2C%20Rog%20Santos_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf . Acesso em: 10 jan. 2020.

CANO-MONTALBAN, I.; QUEVEDO-BLASCO, R. Sociodemographic variables most associated with suicidal behaviour and suicide methods in Europe and America: a systematic review. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context**, Madrid, v. 10, n. 1, p. 15-25, June. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-170362>. Acesso em: 17 nov. 2018.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 389-96, mar./abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224i>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0389.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2018.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. **Avances en Enfermería**, v. 35, n.2, p. 148-58, 2017. DOI 10.15446/av.enferm.v35n2.61014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00148.pdf> Acesso em: 15 fev. 2020.

CAPISTRANO, F. C. *et al.* Clinical sociodemographic profile of chemically dependents under treatment: record analysis. **Escola Anna Nery**, v. 17, n.2, p. 234-41, Apr./June. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2018.

CARDONA, D. Homicidios y suicidios en jóvenes de 15 a 24 años, Colombia, 1998-2008. **Revista Biomédica**, v. 33, p. 574-86, 2013. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i4.848>. Disponível em: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/848>. Acesso em: 17 nov. 2018.

CARVALHO, M.; MATOS, M. G. Psychosocial Determinants of Mental Health and Risk Behaviours in Adolescents. **Global Journal of Health Science**, v. 6, n. 4, p. 22-35, Apr. 2014. DOI: 10.5539 / gjhs.v6n4p22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825241/>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CASTRO, R. A. D. *et al.* Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 253-9, 2015. DOI: 10.5935/2238-3182.20150045. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1782>. Acesso em: 24 nov. 2019.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **História do Setembro Amarelo**. 2016. Disponível em: <http://www.setembroamarelo.org.br/>. Acesso em: 18 nov. 2018.

CERQUEIRA, G. L. C. Fatores de influência dos efeitos das substâncias psicoativas no organismo. **Psicologia**. Pt. 2015. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0920.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

CHAN, L. F; SHAMSUL, A. S; MANIAM, T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: A 12-month prospective study among patients with depressive disorders. **Psychiatry Research**, v. 220, n. 3, p. 867-73, 2014.

CHAPARRO-NARVÁEZ, P.; DÍAZ-JIMÉNEZ, D.; CASTAÑEDA-ORJUELA, C. Tendencia de la mortalidad por suicidio en las áreas urbanas y rurales de Colombia, 1979-2014. **Revista Biomédica**, v. 39, n. 2, p. 339-53, 2019. Disponível em: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4427/4131> . Acesso em: 08 fev. 2020.

CHAPMAN, S. L. C.; WU, L. T. Suicide and substance use among female veterans: a need for research. **Drug Alcohol Dependence**, v. 136, p. 1-10, Mar. 2014. DOI: doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.11.009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315571> . Acesso em: 08 nov. 2018.

CHELLAPPA, S. L.; ARAUJO, J. F. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 233-8, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000500002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2018.

CLARO, H. G. *et al.* Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1173-80, nov./dez. 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0478.2663. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01173.pdf. Acesso em: 13 out. 2018.

CLAUMANN, G. S. *et al.* Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 1, p. 3-9, 2018.

CONCEIÇÃO, M. I. G; VENTURA, C. A. Percepção de riscos e benefícios associados ao uso de maconha entre estudantes de Brasília, Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, n. spe, 14 p. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-cicad-14-6>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000600317&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2020.

CORREA, H.; BARRETO, S. P. O suicídio ao longo dos tempos. *In*: CORREA, H.;

BARRETO, S. P. (org.). **Suicídio uma morte evitável**. São Paulo (SP): Atheneu, 2006. p. 3-10.

COSTA, M. G. S. G.; DIMENSTEIN, M. D. B.; LEITE, J. F. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 145-54, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v19n2/07.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

COSTA, R. C. *et al.* Perfil epidemiológico de usuários intensivos de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, p. 820-9, fev. 2015. DOI: 10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201507. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1022608>. Acesso em: 20 nov. 2019.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, supl. 1, p. 25-33, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2020.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DANIELI, R. V. *et al.* Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 3, p. 139- 49, 2017. DOI: 10.1590/0047-2085000000163. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n3/0047-2085-jbpsiq-66-3- 0139.pdf> Acesso em: 23 jan. 2020.

DE LEO, D. Prefácio. In: BERTOLOTE, J. M. (org.). **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

DEL PRIORE, M.; AMANTINO, M. (Org.). **História do corpo no Brasil**. 1. ed. São Paulo: UNESP, 2011.

DRAGISIC, T. *et al.* Drug addiction as risk for suicide attempts. **Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina**, v. 27, n.3, p. 188-91, 2015. DOI: 10.5455 / msm.2015.27.188-191. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4499285/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

DURKHEIM, E. **O suicídio, estudo de Sociologia**. São Paulo: EDIPRO, 1897.

ELICKER, E. *et al.* Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 399-410, jul./set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300399&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2019.

ESTELLITA-LINS, C. (Org.). **Trocando seis por meia dúzia: suicídio como Emergência do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2012.

FALCÃO, C. M.; OLIVEIRA, B. K. F. Perfil epidemiológico de mortes por suicídio no município de Coari entre os anos de 2010 e 2013. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência e Segurança**, Marília, v. 15, p. 44 - 55, mai. 2015.

FELIPE, A. O. B.; CARVALHO, A. M. P.; ANDRADE, C. U. B. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. **SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p49-58>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 dez. 2019.

FÉLIX, T. A. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 173-85, 2016. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.173-185>. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079> Acesso em: 05 fev. 2020.

FÉLIX, T. A. *et al.* Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. **Enfermería Global**, v.18, n. 1, p. 373-88, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.304491>. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100012&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 08 fev. 2020.

FÉLIX, T. A. **Fatores de risco para a tentativa de suicídio em um hospital de referência da mesorregião noroeste do Ceará: estudo caso-controle**. 2016. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2016.

FERNANDES, M. A. *et al.* Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 64 -70, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 nov. 2018.

FERNANDES, T. F. *et al.* Uso de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros: perfil epidemiológico, contextos de uso e limitações metodológicas dos estudos. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 498-507, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2017000400498&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2018.

FERNANDEZ, E. A.; SAKAE, T. M.; MAGAJEWSKI, F. R. L. Análise do perfil das internações hospitalares por drogadição em Santa Catarina entre 1998-2015. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n.3, p. 16-37, jul./set. 2018.

FERREIRA, B. A. D. M. *et al.* O uso e abuso de cocaína: efeitos neurofisiológicos. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, v. 4, n. 2, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/457>. Acesso em: 25 nov. 2019.

FERREIRA, J. T. *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Revista Saberes**, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p.

GONCALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-90, fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2018.

GONÇALVES, R. E. M.; PONCE, J. C.; LEYTON, V. Uso de álcool e suicídio. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 20, n.1, p. 9-14, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v20i1p9-14>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/102818>. Acesso em: 22 fev. 2020.

GRIFFITHS, P. *et al.* Addiction research centers and the nurturing of creativity. Monitoring the European drug situation: the ongoing challenge for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). **Addiction**, v. 107, p.254-8, 2012.

GUERRA, M. R. S. R.; VANDENBERGHE, L. Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. **Pesquisas e Práticas psicossociais**, São João del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-22, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2018.

HALPERN, S. C.; DIEMEN, L. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 13 p. jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037517>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n6/e00037517/pt>. Acesso em: 09 fev. 2020.

HARDING, T. *et al.* Transtornos mentais na atenção primária à saúde: um estudo de sua frequência e diagnóstico em quatro países em desenvolvimento. **Psychological Medicine**, v. 10, p. 231- 4, 1980.

HENRIQUE, I. F. S. *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 199-206, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302004000200039&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2018.

HESS, A. R. B.; ALMEIDA, R. M. M.; MORAES, A. L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 17, n. 1, p. 171-8, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100021>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2012000100021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 fev. 2020.

HOGG, R.C. Contribution of monoamine oxidase inhibition to tobacco dependence: a review of the evidence. **Nicotine & Tobacco Research**, v. 18, n. 5, p. 509-23, 2016. DOI: 10.1093 / ntr/ntv245. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26508396> . Acesso em: 16 fev. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por amostra em domicílios**. Brasília: IBGE, 2010.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KASPPER, L. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, Canoas, v. 45, p.168-76, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 nov. 2019.

KEDZIOR, K. K.; LAEBER, L. T. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population- a meta-analysis of 31 studies. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 136, p. 1-22, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/136>. Acesso em: 28 nov. 2018.

KIM, N. Y.; HUH, H. J.; CHAE, J. H. Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. **Comprehensive Psych**, Nova York, v. 4, n. 1, p. 77-95, July. 2015.

KOENING, H. G. Association of Religious Involvement and Suicide. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 8, p. 775-6, 2016. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2529149>. Acesso em: 08 fev. 2020.

LARANJEIRA, R. (Org.). **Segundo Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LEITE, R. T. P. *et al.* The Use of Cannabis as a Predictor of Early Onset of Bipolar Disorder and Suicide Attempts. **Neural Plasticity**, v. 2015, 13 p. May. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26097750> . Acesso em: 10 jan. 2020.

LEONARDO, B. C. *et al.* Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n.2, p. 39-52, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/268/154>. Acesso em: 05 dez. 2019.

LIMA, M. S.; HOTOPF, M.; MARI, J. J. Transtorno psiquiátrico e uso de benzodiazepínicos: um exemplo da lei do atendimento inverso do Brasil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 34, p. 316-22, 1999.

LIMBERG, J.; ANDRETTA, I. Habilidades Sociais e Comorbidades Psiquiátricas de Mulheres Usuárias de Crack. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro v. 17, n.1, p. 103-17, 2017. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/34767/25533> .Acesso em: 23 jan. 2020.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LUCCHESI, R. *et al.* Transtorno mental comum entre indivíduos que abusam de álcool e drogas: estudo transversal. **Texto & contexto enfermagem**, v. 26, n. 1, 7 p. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-4480015.pdf. Acesso em: 06 dez. 2019.

LUCCHESI, R. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200-7, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0200.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

MACHADO, A. V.; MATOS, Y. R.; ANAYA, T. P. Sintomatologia depressiva em adictos a drogas ilegales. **Revista Médica Multimed**, v. 22, n. 1, p. 153-66, 2018. Disponível em: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/786>. Acesso em: 17 jan. 2020.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 45-54, mar. 2015. DOI: 10.1590/0047-2085000000056. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

MACHADO, M. B. *et al.* Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 28-35, mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000100>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000100028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2020.

MACIEL, M. E. D.; VARGAS, D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n.1, p. 207-10, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37728/24877>. Acesso em: 20 out. 2018.

MAIER, L. J. *et al.* To dope or not to dope: neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students. **PLoS ONE**, v. 8, n.11, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0077967>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24236008>. Acesso em: 18 out. 2018.

MALHOTRA, S.; SHAH, R. Women and mental health in India: an overview. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 6, p. 205-11, 2015.

MALTA, D. C. *et al.* Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Supl. Pense, p. 46-61, 2014. DOI: 10.1590/1809-4503201400050005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00046.pdf. Acesso em: 08 out. 2018.

MARCON, S. R. *et al.* Correlação entre sintomas depressivos e qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 662-8, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000400013>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-662.pdf. Acesso em: 30 nov. 2019.

MEDEIROS, E. M. Alcoolismo: Uma breve revisão. **Psicologia.pt**. 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1174.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

MEDEIROS, K. T. *et al.* Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-79, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2018.

MEDINA, M. G. *et al.* Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S.D. (Org.). **Dependência de drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p.71-98.

MELO, P. F.; PAULO, M. A. L. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. **Saúde em Debate**, v. 2, n. 1, p. 41-51, dez. 2012.

MENEZES, A. H. R. *et al.* Fatores associados ao uso regular de cigarros por adolescentes estudantes de escolas públicas de Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 774-84, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00173412>. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0774.pdf. Acesso em: 24 nov. 2019.

MENEZES, L. P. R. **Suicídio e ocupação**: análise das publicações no Brasil. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016. 79 p.

MERCHÁN-HAMANN E. *et al.* Comorbilidad entre abuso/dependência de drogas y el distrés psicológico em siete países de latino américa y uno del caribe. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, p. 87-95, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000500012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2019.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 300-9, 2012.

MIRANDA, A. G. *et al.* Suicídio: aspectos epidemiológicos relacionados ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, CID-10. In: Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar, 3., 2018, Goiás. **Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar**. 2018.

MONTEIRO, A. R.; VERAS, A. T. R. A questão habitacional no brasil. **Mercator**, Fortaleza, v. 16, 13 p., 2017. DOI: <https://doi.org/10.4215/rm2017.e16015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-22012017000100214&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 21 nov. 2019.

MOREIRA, R. M. M. *et al.* Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. **SANARE**, Sobral, v. 16, Supl. 1, p. 29-34, 2017. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1136/621>. Acesso em: 17 nov. 2018.

MOREIRA, R. M. M. *et al.* Transtorno mental e risco de suicídio em usuários de substâncias

psicoativas: uma revisão integrativa. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.16, n. 1, p. 1-10, mar. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.158433>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2020.

MULLINS, N. *et al.* Genetic Relationships Between Suicide Attempts, Suicidal Ideation and Major Psychiatric Disorders: A Genome-Wide Association and Polygenic Scoring Study. **American Journal of Medical Genetics Part B**, v. 165B, n. 5, p. 428–37. 2014.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-7, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

NEVES, K. C.; TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Fatores e motivação para o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 286 -91, 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150038. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0286.pdf> . Acesso em: 23 nov. 2019.

NG, E. *et al.* Depression and substance use comorbidity: what we have learned from animal studies. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 43, n. 4, p. 456-74, 2017.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: SENAD, 2013. p. 19-41.

NIEL, M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: DIEHL, A. *et al.* **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 139-42.

OLIVEIRA, E.N. *et al.* Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 184-92, jul./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i2.967>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967/723>. Acesso em: 08 out. 2018.

OLIVEIRA, M. L. F.; ARNAUTS, I. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 83-9, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100012&lng=en. Acesso em: 10 ago. 2019.

OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA FILHO, J. G.; GONÇALVES-FEITOSA, R. F. Tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil. **Revista de saúde pública**, v. 16, n. 5, p. 683- 96, 2014. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n5.40138>. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v16n5/v16n5a04.pdf. Acesso em: 16 nov. 2018.

OLIVEIRA, R. M. *et al.* Nicotine dependence in the mental disorders, relationship with clinical indicators, and the meaning for the user. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 685-92, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3549.2468>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400685. Acesso em: 10 dez. 2019.

OLIVEIRA, R. M.; SANTOS, J. L. F.; FUREGATO, A. R. F. Dependência do tabaco entre a população psiquiátrica e a população geral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 9 p. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/1518-8345.2202.2945>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2945.pdf. Acesso em: 16 fev. 2020.

OLIVEIRA, V.C. *et al.* Sociodemographic and clinical profile of people assisted in a caps ad in the south of Brazil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n.1, 10 p. 2017. DOI: 10.18471/rbe.v31i1.16350. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16350/14060>. Acesso em: 20 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Preventing Suicide: a global imperative**. Genebra: OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório de status global sobre álcool e saúde**. Suíça: OMS, 2018.

OSÓRIO, F. L. *et al.* Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 45, p. 216-27, 2009.

PÁDUA, A. F. Causas e consequências do consumo excessivo do álcool. **Revista Toque da Ciência**, v. 1, n.1, 2010.

PAIVA, H. N. *et al.* Associação do uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo e condição socioeconômica entre adolescentes de 12 anos de idade. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 153-9, 2018.

PALHARES, P. A.; BAHLS, S. O suicídio nas civilizações: uma retomada histórica. **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 97, n. 84, jan./ mar. 2003.

PARK, S. K.; LEE, C. K.; KIM, H. Suicide mortality and marital status for specific ages, genders, and education levels in South Korea: Using a virtually individualized dataset from national aggregate data. **Journal of Affective Disorders**, v. 237, p. 87-93, Sept. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503271731649X?via%3Dihub>. Acesso em: 09 fev. 2020.

PARREIRA, V. T. **O suicídio em Freud**. 1988. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Instituto de Seleção e Orientação Profissional, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1988.

PAULA, M. L. *et al.* Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2735-44, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.22892015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802735&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2019.

PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Desafios no cuidado familiar aos adolescentes usuários de crack. **Physis**, v. 29, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290114>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n1/e290114/>. Acesso em: 20 dez. 2019.

PAWLINA, M. M. C. *et al.* Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 41, n. 5, p. 433-9, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n5/pt_1806-3713-jbpneu-41-05-00433.pdf. Acesso em: 23 jan. 2020.

PEDROSA, N. F. C. *et al.* Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 4, p. 399-404, 2018. DOI:10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.2068.p399-404.2018. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2068/754>. Acesso em: 08. fev. 2020.

PEDROSA, S. M. *et al.* A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 956-63, set./out. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0045>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0956.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

PEREIRA, A. S. *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adulez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3767-77, nov. 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.29112016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n11/3767-3777/pt>. Acesso em: 06 fev. 2020.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. *In*: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 33-8.

PILLON, S. C. *et al.* Depressive symptoms and factors associated with depression and suicidal behavior in substances user in treatment: Focus on suicidal behavior and psychological problems. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 33, n. 1, p. 70-6, Feb. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.11.005>. Disponível em: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(18\)30237-1/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(18)30237-1/fulltext). Acesso em: 15 jan. 2020.

PINHEIRO, M. C. P.; MARAFANTI, I. Principais quadros psiquiátricos do adulto que predispõem ao uso de álcool, Tabaco e outras drogas. *In*: DIEHL, A.; FIGLIE, N. B.

Prevenção ao uso de álcool e drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer. Artmed, 2014. 372 p.

PINTO, L.W. *et al.* Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1973-81. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, P. N. *et al.* Fatores associados ao uso de álcool e drogas por mulheres gestantes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste RENE**, v. 19, 7p. 2018. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193116>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31321>. Acesso em: 20 nov. 2019.

RAMOS-OLIVEIRA, D.; MAGNAVITA, P.; OLIVEIRA, F. S. Aspectos sociocognitivos como eventos estressantes na saúde mental em grupos étnicos e minoritários no Brasil. **Summa Psicológica UST**, v. 14, n. 1, p. 43-55, 2017.

RAPOSO, J. C. S. *et al.* Uso de drogas ilícitas e binge drinking entre estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 83, 7 p. 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051006863>. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006863.pdf Acesso em: 24 nov. 2019.

REINALDO, A. M. S.; SANTOS, R. L. F. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. **Saúde em Debate**, v. 40, n.110, p. 162-71, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0162.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

REYES-TOVILLA, J. E. *et al.* Differences between patients that made an impulsive or premeditated suicide attempt in a Mexican population. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 49, n. 1, p. 63-75, 2015.

RIBEIRO, D. B. *et al.* Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100414&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2018.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 12, n. 1, p. 44-50, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a25087p44-50-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25087/25845>. Acesso em: 17 nov. 2018.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; CIVIDANES, G. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. **Arquivos de Psiquiatria Clínica**, v. 32, supl. 1, p. 78-88, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700012>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24416.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2019.

RIBEIRO, N. M. *et al.* Análise da Tendência temporal do suicídio e de Sistemas de Informações em Saúde em Relação às Tentativas de Suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200310&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2019.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

ROCHA, C. N. *et al.* Risco de suicídio em dependentes de cocaína com episódio depressivo atual: sentimentos e vivências. **SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 78-84, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2018.

ROQUIM e SILVA, L. *et al.* O paciente usuário de crack – diagnóstico e terapêutica na urgência. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 244-52, 2015.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017.

ROVARIS, D. L. *et al.* Glucocorticoid receptor gene modulates severity of depression in women with crack cocaine addiction. **European Neuropsychopharmacology**, v. 26, n. 9, p. 1438-47, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.06.010>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27397864>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SABAN, A. *et al.* The association between substance use and common mental disorders in young adults: results from the South African Stress and Health (SASH) Survey. **The Pan African Medical Journal**, v. 17, n. 1, 11p. Jan. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24624244>. Acesso em: 23 jan. 2020.

SALVO, L.; RAMIREZ, J.; CASTRO, A. Factores de riesgo para intento de suicidio en personas con trastorno depresivo en atención secundaria. **Revista médica de Chile**, Santiago, v.147, n. 2, p. 181-9, fev. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000200181>. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000200181&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

SANTOS JÚNIOR, C. J. *et al.* Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um Hospital Geral de Emergências do estado de Alagoas, Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 52, n. 3, p. 223-30, 2019. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/154860/157328>. Acesso em: 08 fev. 2020.

SANTOS, E. C. V.; MARTIN, E. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n.2, p.194-9, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a04v62n2.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SANTOS, E. G. O.; BARBOSA, I. R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 371-8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414->

462x201700030015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462Xcadsc1414462X201700030015.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

SANTOS, I. S. *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1533-43, ago. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a06.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2018.

SANTOS, K. O. B.; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M. Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 6, 2016.

SANTOS, M.V.F.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1051-63, mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.01232017>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000301051&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2020.

SANTOS, R. C. A.; CARVALHO, S. R.; MIRANDA, F. A. N. Perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II de Parnamirim, RN, Brasil. **Revista brasileira de pesquisa em saúde**, Vitória, v. 16, n.1, p. 105-11, jan./mar. 2014.

SANTOS, W. S. *et al.* A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 17, n. 3, p. 515-26, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n3/v17n3a16.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2020.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 533-41, set. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300016>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 dez. 2019.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R.; SOTILI, M. Uso de drogas, repercussões e intervenções neuropsicológicas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.11, n. 28, p.94-116, 2019. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/neuropsicologia/wp-content/uploads/sites/25/2015/02/Art-drogas-cad-bras-saude-mental-2019-5592-21525-3-PB.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2019.

SCHLOSSER, A.; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas em Psicologia**, v. 22, n.133, p. 133-45, jan./fev. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a11.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

SCHOLZE, A. R. *et al.* Uso de substâncias psicoativas entre trabalhadores da enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 23-30, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2018.

SECRETARIA DO ESTADO DO CEARÁ. **Coordenadorias Regionais de Saúde: 11^a**

CRES. Jul. 2018. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/>. Acesso em: 30 abr. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS- RJ). **Coleção guia de referência rápida: Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção**. Rio de Janeiro (RJ): SMS-RJ, 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

SENICATO, C; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543-54, 2018. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2543.pdf .Acesso em: 06 dez. 2019.

SILVA e SILVA, D. L. *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários de um Centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n.1, p. 67- 79, Jan/Jun. 2017. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1659/pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

SILVA JUNIOR, F. J. G. *et al.* Ideação suicida e consumo de drogas ilícitas por mulheres. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 321-6, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800045>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n3/1982-0194-ape-31-03-0321.pdf>. Acesso em: 12 out.2018.

SILVA, A. C. *et al.* Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. **SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto , v.15, n.1, p. 23-31, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000379>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 dez. 2019.

SILVA, B. F. A. *et al.* O suicídio no Brasil contemporâneo. **Revista Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, p. 565-79, mai./ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v33n2/0102-6992-se-33-02-00565.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

SILVA, D. L. S. *et al.* Perfil sóciodemográfico e epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n.1, p. 67-9, jan./jun 2017.

SILVA, E. R. *et al.* Impacto das drogas na saúde física e mental de dependentes químicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n.1, p. 101-8, jan./mar. 2016. DOI: [10.4025/cienccuidsaude.v15i1.27137](https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.27137). Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27137/17045>. Acesso em: 24 out. 2018.

SILVA, J. L. L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns entre trabalhadores marítimos do Rio de Janeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p.676-81, jul./set. 2017. DOI: [10.9789/2175-5361.2017.v9i3.676-681](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.676-681). Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5521/pdf_1. Acesso

em: 18 nov. 2019.

SILVA, M. A. B.; ABRAHÃO, A. L. Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.190080>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100200&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2020.

SILVA, P. A. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639-46, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0639.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2019.

SILVA, T. P.; LIMA, M. D.; SOUGEY, E. B. Alucinógenos, anfetaminas e comportamento suicida: revisão integrativa da literatura. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, n.1, p. 28-36, 2016.

SKAPINAKIS, P. *et al.* Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**, v.13, n.163, 14 p. 2013.

SMITH, P. H.; MAZURE, C. M.; MCKEE, S. A. Smoking and mental illness in the US Population. **Tobacco Control**, v. 23, p.147-153, 2014. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051466. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24727731>. Acesso em: 10 dez. 2019.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021-30, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172212.19782016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-4021.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2019.

SOUZA e SOUZA, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 18, p. 59-66, dez. 2017.

SOUZA, A. M. A. *et al.* Ideação suicida e tentativa de suicídio entre usuários de crack. **Revista brasileira de pesquisa em saúde**, Vitória, v. 16, n. 3, p. 115-21, jul./set. 2014.

SPITZER, R. L., *et al.* Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. **JAMA**, v. 272, p. 1749-59, 1994.

STEPHENSON, R.; WINTER, A.; HINDIN, M. Frequency of intimate partner violence and rural women's mental health in four Indian states. **Violence Against Women**, v. 19, n. 9, p. 1133-50, 2013.

TARGINO, R.; HAYASIDA, N. Risco e proteção no uso de drogas: revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 19, n. 3, p. 724-42, dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190320>. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000300020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2019.

TEIXEIRA, C. C.; GUIMARÃES, L. S. P.; ECHER, I. C. Fatores associados à iniciação tabágica em adolescentes escolares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 9 p. mar. 2017.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-59, jun. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2020.

THESOLIM, B.L. *et al.* Suicídios em município do interior de São Paulo: caracterização e prevalência de gêneros. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 19, n. 1, p. 139-47, jul. 2016.

TISOTT, Z. L. *et al.* Motivos da ação do redutor de danos junto ao usuário de drogas: um estudo fenomenológico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180062>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100413&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2019.

TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (Orgs.). **Descriminalização do cuidado**: políticas, cenários, experiências em redução de danos. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017. p. 369-71.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. Perfil dos usuários dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa. **Revista baiana de saúde pública**, v. 41, n. 4, p. 994-1012, out/dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n4.a2375>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910496>. Acesso em: 10 nov. 2019.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2017**: executive summary conclusions and policy implications. Vienna: United Nations publication, 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Relatório Mundial sobre Drogas 2018**: crise de opioides, abuso de medicamentos sob prescrição; cocaína e ópio atingem níveis recordes. Vienna: UNODC, 2018. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2018/06/relatorio-mundial-drogas-2018.html>. Acesso em: 14 out. 2018.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. Vienna: UNODC, 2016. Disponível em: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf. Acesso em: 10 out. 2018.

UNITED NATIONS. **United Nations Office on Drugs and Crime**. World Drug Report. New York: United Nations, 2014. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf. Acesso em: 17 out. 2018.

VARGAS, D. *et al.* O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 782- 91, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n106/782-791/pt>. Acesso em: 21 nov. 2019.

VÁSQUEZ, C. A. *et al.* Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012. **Archivos de Medicina**, v. 13, n. 1, ener./jun. 2013.

VEIGA, F. A. *et al.* IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio. **Psiquiatria Clínica**, v. 35, n.2, p. 65-72, 2014. Disponível em: http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1861/1/2014%20_%20IRIS%20-%20um%20novo%20%20C3%ADndice%20de%20avalia%20C3%A7%C3%A3o%20do%20risco%20de%20suic%20C3%ADdio.pdf. Acesso em: 16 jul. 2018.

VEIGA, L. D. B. *et al.* Prevalência e fatores associados à experimentação e ao consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes escolares. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 368 -75, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-368.pdf>. Acesso em: 21 de set. 2019.

VERNAGLIA, T. V. C.; VIEIRA, R. A. M. S.; CRUZ, M. S. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1851- 59, 2015.

VIAPINA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em debate**, v. 42, p. 175-86, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe4/175-186/pt/>. Acesso em: 06 dez. 2019.

VUJANOVIC, A. A. *et al.* Reward functioning in posttraumatic stress and substance use disorders. **Current Opinion in Psychology**, v. 14, p. 49-55, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.11.004>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28813319>. Acesso em: 13 jan. 2020.

WANG, P. W.; YEN, C. F. Adolescent substance use behavior and suicidal behavior for boys and girls: a cross-sectional study by latent analysis approach. **MC Psychiatry BMC**, v. 17, 392 p. 2017. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1546-1>. Acesso em: 08 out. 2018.

WEBSTER, C. M. C.; DONATO, E. C. S. G. Fatores associados ao consumo problemático de drogas entre pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1444.2815>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02815.pdf. Acesso em: 29 jun. 2019.

WINHUSEN, T. M. *et al.* Frontal Systems Deficits in Stimulant-Dependent Patients: Evidence of Pre-illness Dysfunction and Relationship to Treatment Response. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 127, n.1-3, p. 94-100, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Country reports and charts available.** 2014. Disponível em: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html. Acesso em: 18 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders:** Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide:** a global imperative. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health 2014.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 16 nov. 2019.

ZEITOUNE, R. C. G. *et al.* O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 57- 63, 2012.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E PADRÃO DE CONSUMO

Município: _____ Data: ___/___/_____

Serviço de saúde mental: _____

Nome: _____ Registro nº: _____

Pesquisador responsável: _____

| ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Sexo | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| 2. Data de nascimento: | ___/___/___ 4. Naturalidade: _____ |
| 3. Idade | ___ anos 5. Munic. de Residência: _____ |
| 6. Cor da pele / raça | <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena |
| 7. Religião | <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| 8. Escolaridade | <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós – graduação |
| 9. Ocupação | <input type="checkbox"/> Sem ocupação <input type="checkbox"/> Informal <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| 10. Estado civil | <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado/ Divorciado <input type="checkbox"/> Amasiado <input type="checkbox"/> Viúvo |
| 11. N° de filhos | <input type="checkbox"/> Sim: ___ filhos <input type="checkbox"/> Não |
| 12. Renda familiar | <input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 4 a 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> Não quer declarar Valor exato: R\$ _____ |

| | |
|--|--|
| 13. Situação de moradia | <input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Casa financiada <input type="checkbox"/> Casa cedida <input type="checkbox"/> Casa alugada <input type="checkbox"/> Em situação de rua <input type="checkbox"/> Ocupação/ invasão <input type="checkbox"/> Institucionalizado <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
| 14. N° de moradores no domicílio | _____ pessoas <input type="checkbox"/> Não se aplica |
| ASPECTOS CLÍNICOS | |
| 15. Hipótese diagnóstica principal (CID- 10) | Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica/ Não sabe |
| 16. Comorbidades clínica | <input type="checkbox"/> Sim: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica / Não sabe |
| 17. Comorbidades psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sim: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica/ Não sabe Se sim, antes do uso de SPA <input type="checkbox"/> depois do uso de SPA <input type="checkbox"/> |
| 18. Histórico familiar de uso de SPA | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe |
| ASPECTOS RELACIONADOS AO CONSUMO DE SPA | |
| 19. Idade do primeiro uso de SPA | _____ anos <input type="checkbox"/> Não se aplica / Não sabe |
| 20. SPA de primeiro uso | <input type="checkbox"/> derivados do tabaco <input type="checkbox"/> bebidas alcoólicas <input type="checkbox"/> maconha <input type="checkbox"/> cocaína/crack <input type="checkbox"/> inalantes <input type="checkbox"/> hipnóticos/sedativos <input type="checkbox"/> alucinógenos <input type="checkbox"/> opióides <input type="checkbox"/> estimulantes/ anfetaminas ou êxtase <input type="checkbox"/> outras: _____ |
| 21. SPA mais utilizadas atualmente (de escolha) | <input type="checkbox"/> derivados do tabaco <input type="checkbox"/> bebidas alcoólicas <input type="checkbox"/> maconha <input type="checkbox"/> cocaína/crack <input type="checkbox"/> inalantes <input type="checkbox"/> hipnóticos/sedativos <input type="checkbox"/> alucinógenos <input type="checkbox"/> opióides <input type="checkbox"/> estimulantes/ anfetaminas ou êxtase <input type="checkbox"/> outras: _____ |
| 22. SPA problema | <input type="checkbox"/> derivados do tabaco <input type="checkbox"/> bebidas alcoólicas <input type="checkbox"/> maconha <input type="checkbox"/> cocaína/crack |

| | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> inalantes <input type="checkbox"/> hipnóticos/sedativos <input type="checkbox"/> alucinógenos <input type="checkbox"/> opióides <input type="checkbox"/> estimulantes/ anfetaminas ou êxtase <input type="checkbox"/> outras: _____ |
| 23. Há quanto tempo está sem utilizar SPA | _____ <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> anos |

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS USUÁRIOS DE SPA/ RESPONSÁVEL

Prezado (a),

Você/seu familiar ou menor sob sua responsabilidade está sendo convidado (a) a participar de maneira voluntária da pesquisa intitulada: “SAÚDE MENTAL E O RISCO DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE DROGAS”, desenvolvida por Roberta Magda Martins Moreira e Eliany Nazaré Oliveira, que tem objetivo geral de avaliar a saúde mental e a existência do risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas atendidos nos serviços de saúde mental dos municípios da 11ª Região de saúde do estado do Ceará. Esta pesquisa tem o apoio dos profissionais deste serviço, por este motivo são eles que estão lhe abordando e explicando como preencher o instrumento, em conjunto com as pesquisadoras.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações, você tem plena **autonomia** para decidir se quer ou não participar desse estudo, no caso de aceite, você deverá autorizar sua participação/ ou de seu (sua) filho (a) ou menor sob sua responsabilidade, através de assinatura ou digital ao final deste documento. As folhas serão rubricadas e assinadas pelas pesquisadoras. Este documento está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A participação consistirá em responder um questionário sobre o objeto do estudo. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma, e será garantido o direito de você desistir e retirar seu nome da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos.

A pesquisa apresenta **benefícios indiretos**, visto que irá contribuir para um diagnóstico acerca da saúde mental dos usuários de drogas, auxiliando a gestão do cuidado na tomada de decisões e elaboração de formas mais efetivas de tratamento para as pessoas com problemas relacionados ao consumo de drogas. Ressalta-se que este estudo apresenta **riscos mínimos** relacionados ao dano emocional no momento de responder ao instrumento, todavia, a equipe do serviço o qual você está vinculado poderá ajudá-lo, conforme acordo previamente estabelecido, bem como, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras a qualquer momento.

Os dados obtidos serão somados com os de outras pessoas e irão integrar um banco de dados. Garantiremos o **anonimato**, ou seja, nas divulgações dos resultados, seu nome/nome de seu filho ou menor sob sua responsabilidade não será mencionando de forma alguma. Os dados coletados serão utilizados somente para fins de pesquisas e os resultados poderão ser apresentados através de artigos em revistas científicas ou encontros científicos sempre resguardando sua identificação. Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração a ser paga pela participação. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e com o fim deste prazo, será descartado.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento através do telefone (88) 9257-0506, e-mail: elianyy@hotmail.com ou robertamoreiraenf@hotmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255. Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Roberta Magda Martins Moreira
Pesquisadora

Eliany Nazaré Oliveira
Coordenadora da pesquisa

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito/ autorizo a participação do usuário sob a minha responsabilidade. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Sobral, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante e/ou responsável

APÊNDICE C- TERMO DE ASSENTIMENTO PARA OS USUÁRIOS MENORES DE 18 ANOS

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar de maneira voluntária da pesquisa intitulada: “SAÚDE MENTAL E O RISCO DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE DROGAS”, desenvolvida por Roberta Magda Martins Moreira e Eliany Nazaré Oliveira, que tem objetivo geral de avaliar a saúde mental e a existência do risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas atendidos nos serviços de saúde mental dos municípios da 11ª Região de saúde do estado do Ceará. Esta pesquisa tem o apoio dos profissionais deste serviço, por este motivo são eles que estão lhe abordando e explicando como preencher o instrumento, em conjunto com as pesquisadoras.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações, você tem plena **autonomia** para decidir se quer ou não participar desse estudo, no caso de aceite, você deverá autorizar sua participação através de assinatura ou digital ao final deste documento. As folhas serão rubricadas e assinadas pelas pesquisadoras. Este documento está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A sua participação consistirá em responder um questionário sobre o objeto do estudo. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma, e será garantido o direito de você desistir e retirar seu nome da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos.

A pesquisa apresenta **benefícios indiretos**, visto que irá contribuir para um diagnóstico acerca da saúde mental dos usuários de drogas, auxiliando a gestão do cuidado na tomada de decisões e elaboração de formas mais efetivas de tratamento para as pessoas com problemas relacionados ao consumo de drogas. Ressalta-se que este estudo apresenta **riscos mínimos** relacionados ao dano emocional no momento de responder ao instrumento, todavia, a equipe do serviço o qual você está vinculado poderá ajudá-lo, conforme acordo previamente estabelecido, bem como, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras a qualquer momento.

Os dados obtidos neste questionário serão somados com os de outras pessoas e irão integrar um banco de dados. Garantiremos seu **anonimato**, ou seja, nas divulgações dos resultados, seu nome não será mencionando de forma alguma. Os dados coletados serão utilizados somente para fins de pesquisas e os resultados poderão ser apresentados através de artigos em revistas científicas ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Também desejamos explicar que não haverá qualquer remuneração a ser paga por sua participação. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e com o fim deste prazo, será descartado.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento através do telefone (88) 9257-0506, e-mail: elianyy@hotmail.com ou robertamoreiraenf@hotmail.com ou o(a) Sr.(a) pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255. Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Roberta Magda Martins Moreira
Pesquisadora

Eliany Nazaré Oliveira
Coordenadora da pesquisa

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Sobral, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

**APÊNDICE D – ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA
ENFERMAGEM EM FOCO
TRANSTORNO MENTAL COMUM EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS**

Roberta Magda Martins Moreira¹, Eliany Nazaré Oliveira², Roberlândia Evangelista Lopes³, Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁴, Paulo César de Almeida⁵, Heliandra Linhares Aragão⁶

RESUMO

Objetivo: Averiguar a presença de transtorno mental comum (TMC) e sua associação com fatores relacionados ao perfil sociodemográfico de usuários de substâncias psicoativas. Metodologia: Estudo transversal realizado com 497 usuários de substâncias psicoativas de oito municípios da mesorregião noroeste do estado do Ceará. Os dados foram coletados com formulário para perfil sociodemográfico e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e analisados por estatística inferencial, com testes de associação, comparação e correlação. Resultados: 78,1% apresentaram rastreamento positivo para TMC com maior índice para humor ansioso e depressivo e sintomas somáticos. O sexo feminino e ter menor idade constituem fatores de risco, enquanto, ter religião católica ou evangélica, ter ocupação, um companheiro fixo e filhos consistem em fatores protetores para TMC. Conclusão: Esse estudo possibilitou identificar condições associadas ao TMC, os quais facilitam a tomada de decisões na tentativa de priorizar ações para grupos mais vulneráveis a fim de evitar o desenvolvimento de TMC. Descritores: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Transtornos Mentais, epidemiologia.

COMMON MENTAL DISORDERS IN PSYCHOACTIVE SUBSTANCES USERS

ABSTRACT

Objective: Ascertain of common mental disorder (CMD) presence and its association with factors related to sociodemographic profile of psychoactive substances users. Methodology: Transversal study carried with 497 psychoactive substances users from eight cities of northwest mesoregion of Ceará state. Data were collected with formulary for sociodemographic profile and the *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), they were analyzed by inferential statistic, with association, comparison, and correlation tests. Results: 78.1% presented positive traceability for CMD with greater rate for anxious and depressive humor, and somatic symptoms. Feminine gender and being underaged are risk factors, while having catholic or evangelical religion, having an occupation, having a fix life partner and children are protective factors for CMD. Conclusion: This study made possible to identify conditions associated to

CMD, which facilitates decision making in order to try to prioritize actions for more vulnerable groups, aiming to avoid CMD development.

Descriptors: Substance-Related Disorders, Mental Disorders, Epidemiology.

TRASTORNO MENTAL COMÚN EN USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

RESUMEN

Objetivo: Averiguar la presencia de trastorno mental común (TMC) y su relación con factores asociados al perfil sociodemográfico de usuarios de sustancias psicoactivas. Metodología: Estudio transversal realizado con 497 usuarios de sustancias psicoactivas de ocho municipios de la mesorregión noroeste del estado de Ceará. Los datos fueron recolectados con formulario para perfil sociodemográfico y el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) y analizados por estadística inferencial, con test de asociación, comparación y correlación. Resultados: 78,1% presentaron seguimiento positivo para TMC con mayor índice para humor ansioso y depresivo y síntomas somáticos. El sexo femenino y tener edad menor constituyen factores de Riesco, mientras que, tener religión católica o evangélica, tener ocupación, un compañero fijo e hijos son factores protectores para TMC. Conclusión: Este estudio posibilitó identificar condiciones asociadas al TMC, que facilitan la toma de decisiones al intentar priorizar acciones para grupos más vulnerables a fin de evitar el desarrollo de TMC.

Descritores: Trastornos Relacionados al Uso de Sustancias, Trastornos Mentales, Epidemiología.

INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas (SPA) atuam no sistema nervoso central, de maneira que provocam efeitos nas funções cognitivas, comportamentais e psicológicas, causando alterações de humor, comportamento e consciência⁽¹⁾. Nessa perspectiva, o uso abusivo de SPA é considerado um problema de saúde pública que afeta todas as dimensões na vida dos usuários com consequências biopsicossociais no que consta a menor capacidade de julgamento, relações interpessoais prejudicadas e o desenvolvimento de sofrimentos psiquiátricos⁽²⁾.

No mundo, há uma relação de 5,4% entre o número de enfermidades e a quantidade de habitantes em uso abusivo de SPA⁽³⁻⁴⁾. No ano de 2015, 247 milhões de pessoas consumiram e se estima que 1 em cada 20 adultos entre 15 e 64 anos já experimentaram pelo menos uma SPA na vida. Ademais, aproximadamente 29 milhões de pessoas no mundo apresentam transtorno relacionado ao uso abusivo dessas substâncias⁽⁴⁾.

O transtorno relacionado ao uso de substâncias tem sido destacado em estudos nacionais e internacionais, como decorrente do abuso de SPA que resulta em complicações para o indivíduo e sua conjuntura social, além de desencadear ou agravar transtornos mentais que quando associados ao uso de SPA, aumentam os índices de morbimortalidade⁽⁵⁾.

Dentre os transtornos que acometem essa população, destaca-se o Transtorno mental comum (TMC) que é caracterizado por sintomas depressivos, ansiosos e somáticos como irritabilidade, fadiga, insônia, preocupação excessiva, redução da capacidade de concentração e distúrbios de memória. Esse transtorno é considerado o sofrimento mental mais predominante na população mundial, e no ano de 2030, estará entre as maiores causas incapacitantes⁽⁶⁾.

Logo, esses dados justificam a relevância e a necessidade de ações para o rastreamento de possíveis casos de TMC, principalmente em pessoas que fazem uso abusivo de SPA, uma vez que no Brasil há uma coexistência significativa desses dois eventos⁽⁷⁻⁸⁾. Ademais, destaca-se a importância de investigar os fatores relacionados a essas circunstâncias a fim de favorecer na tomada de decisões e elaboração de políticas públicas, bem como o rastreamento e avaliação oportunizam o diagnóstico precoce e, por conseguinte, uma implementação de cuidados mais efetiva na tentativa de promover a saúde mental desses indivíduos.

Portanto, objetiva-se averiguar a presença de transtorno mental comum e sua associação com fatores relacionados ao perfil sociodemográfico de usuários de substâncias psicoativas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com delineamento transversal. A pesquisa foi realizada em oito municípios da mesorregião noroeste do estado do Ceará, os quais foram escolhidos devido possuir um serviço de saúde mental de referência para atendimento ao usuário de SPA. Dessa maneira, realizou-se a coleta nos serviços de Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Geral) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD), bem como em comunidades terapêuticas.

Para delimitação da amostra, utilizou-se amostra estratificada simples com a fórmula da variável desfecho qualitativa supondo população finita, em que se fixou um nível de significância de 95%, proporção de 50% de usuários e erro absoluto de 5%. Logo, totalizou 497 usuários que foram incluídos mediante estarem acompanhados nos serviços supracitados devido ao uso de SPA e foram excluídos aqueles que apresentaram algum déficit cognitivo grave ou que não tinham condições de serem entrevistados por limitações na comunicação verbal ou por estarem sob o efeito de alguma substância.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada subsidiada por dois instrumentos, que constam do formulário para perfil sociodemográfico e o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O SRQ-20 apresenta 20 questões com respostas do tipo “sim” ou “não”, totalizando um escore de 1 a 20 conforme a somatória das respostas afirmativas, e utiliza o ponto de corte ≥ 7 para a presença de TMC, em que se destaca a sua funcionalidade para rastreamento, apresentando alta sensibilidade e especificidade de 89,3%⁽⁹⁾. Para avaliar a associação com TMC, utilizou-se as variáveis de predição que constam do sexo, idade, raça, religião, escolaridade, ocupação, estado civil, presença de filhos e renda familiar.

Os dados foram organizados no Microsoft Excel 2017 e posteriormente, utilizou-se o *software* R versão 3.4.2 para análise estatística inferencial, em que se realizou a correlação de Pearson para comparar as variáveis numéricas do transtorno mental obtido pelo SRQ-20 e as variáveis de predição, bem como se utilizou o teste de Kruskal Wallis quando avaliado o SRQ-20 de maneira quantitativa e ainda, o teste de qui quadrado foi aplicado para verificar a diferença entre as proporções, com razão de prevalência como medida de magnitude. Valores com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Ressalta-se que o estudo integra uma pesquisa maior, intitulada: Saúde mental e o risco de suicídio em usuários de drogas, a qual obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com nº 2.739.560, respeitando a Resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾, em que o consentimento dos participantes foi legitimado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

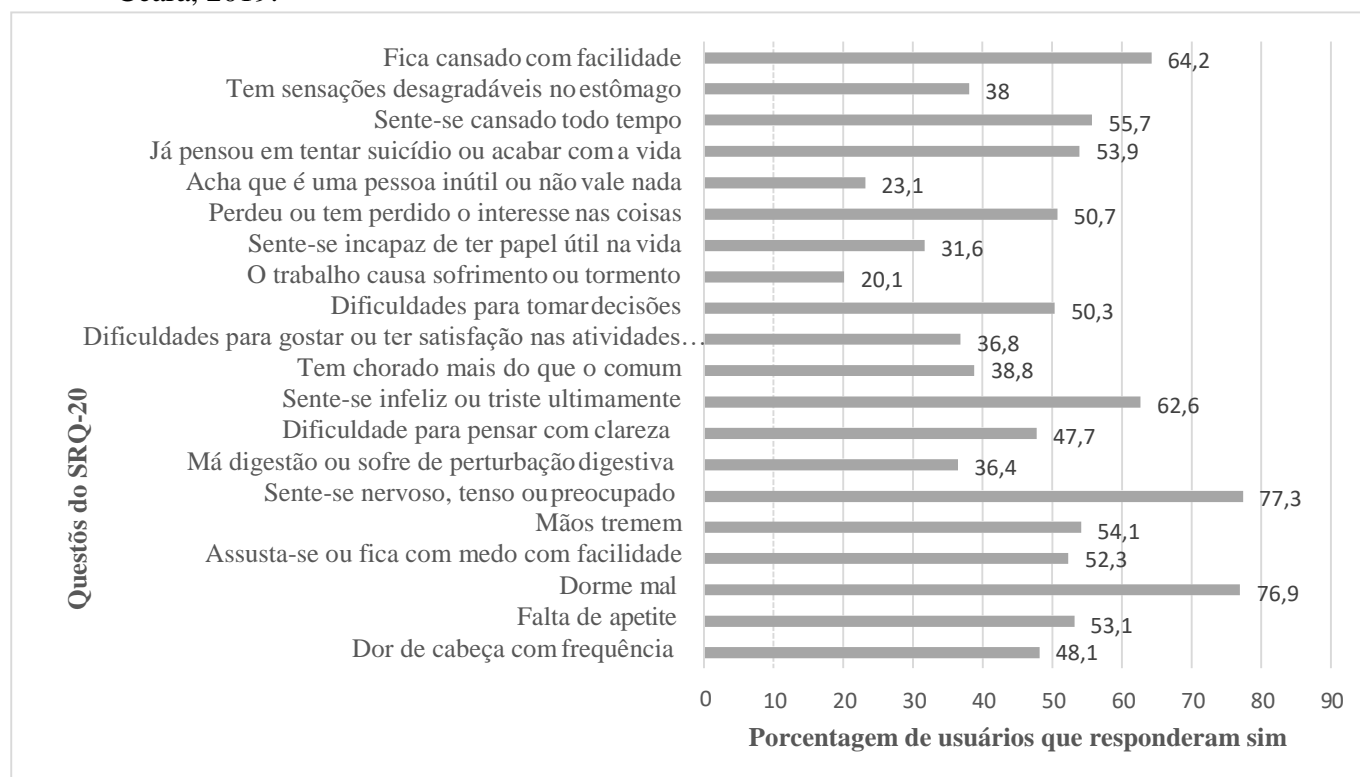
Os resultados acerca da presença de TMC e os valores encontrados no SRQ-20 estão disponibilizados na tabela abaixo.

Tabela 1 – Prevalência do Transtorno Mental Comum e valores quantitativos obtidos na escala SRQ-20, Ceará, 2019.

| Variáveis | n | % | IC95% |
|-----------------------------------|-----|------|-------------|
| 1. Transtorno Mental Comum | | | |
| Ausente | 109 | 21,9 | 18,4 – 25,9 |
| Presente | 388 | 78,1 | 74,1 – 81,6 |
| 2. Valores no SRQ -20 | | | |
| Mediana | 9 | | |
| Média | 9,7 | | |
| Desvio padrão | 4,2 | | |
| 1 quartil | 7 | | |

A tabela 1 aponta o alto índice de TMC que correspondeu a 78,1% da amostra, em que a média obtida na escala SRQ-20 foi de 9,7, ressaltando-se que pode variar de 0 a 20 conforme as respostas afirmativas das 20 questões realizadas. Nessa perspectiva, o gráfico 1 apresenta a porcentagem de respostas positivas para cada pergunta.

Gráfico 1 – Respostas afirmativas obtidas nas questões do SRQ-20 para rastreamento de TMC, Ceará, 2019.



O gráfico 1 aponta os maiores índices positivos para pensamentos depressivos e sintomas somáticos, com ênfase em se sentir nervoso, tenso ou preocupado (77,3%), dormir mal (76,9%) e ficar cansado com facilidade (64,2%). A tabela a seguir representa a média obtida no SRQ-20, conforme sexo.

Tabela 2 – Sexo e a média dos valores obtidos no SRQ-20 para rastreamento do TMC, Ceará, 2019.

| Sexo | n | Média | p* | Teste de Dunn | |
|------------------|-----|-------|------|---------------|-------------|
| | | | | p | Diferença** |
| Masculino | 306 | 9,32 | 0,00 | 0,00 | -3,70 |
| Feminino | 82 | 11,25 | | | |

*Teste de Kruskal- Wallis. **Diferença entre a média do sexo masculino para o feminino.

A tabela 2 aponta que há diferença estatisticamente significativa da média para TMC entre os sexos, tornando-se maior em pessoas do sexo feminino. Nesse sentido, investigou-se a relação da idade e a presença de TMC, observada na tabela abaixo.

Tabela 3 – Correlação entre Transtorno mental comum e idade, Ceará, 2019.

| Variável | Correlação de Pearson | | | | |
|----------------------|-----------------------|-----|-------|-------|---------------|
| | T | Df | P | Cor | IC |
| TMC (SRQ-20) e idade | -2,74 | 495 | 0,006 | -0,12 | -0,20 a -0,03 |

Logo, observou-se que há uma correlação negativa estatisticamente significativa ao avaliar idade e os valores no SRQ-20 para rastreamento de TMC, apresentando relação inversamente proporcional, em que quanto menor a idade dos usuários de SPA, maior o valor obtido para TMC. Nessa perspectiva, investigou-se a associação entre fatores relacionados ao perfil e o TMC, com resultados apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Transtorno mental comum e sua distribuição em variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico.

| Variáveis | N | Prevalência de TMC | Teste de Qui quadrado | RP ajustada |
|---------------------------|-----|--------------------|-----------------------|-------------|
| Raça | | | | |
| Branca | 74 | 14,9% | 0,35 | 1,0 |
| Preta | 46 | 9,2% | | 0,88 |
| Parda | 262 | 52,7% | | 1,00 |
| Amarela | 6 | 1,2% | | 1,08 |
| Religião | | | | |
| Sem religião | 119 | 23,9% | 0,04* | 1,00 |
| Católica | 165 | 33,2% | | 0,86 |
| Evangélica | 96 | 19,3% | | 0,97 |
| Outras | 8 | 1,6% | | 1,06 |
| Escolaridade | | | | |
| Até 10 anos de estudo | 236 | 47,5% | 0,5 | 1,00 |
| Mais de 10 anos de estudo | 152 | 30,6% | | 0,96 |
| Ocupação | | | | |
| Sem ocupação | 239 | 48,1% | 0,001* | 1,00 |
| Com ocupação | 149 | 30,0% | | 0,85 |
| Estado civil | | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|-----|-------|-------|------|
| Sem companheiro fixo | 278 | 55,9% | 0,05* | 1,00 |
| Com companheiro fixo | 110 | 22,1% | | 0,89 |
| Filhos | | | | |
| Não | 150 | 30,2% | 0,04* | 1,00 |
| Sim | 238 | 47,9% | | 0,85 |
| Renda familiar | | | | |
| < 1 salário mínimo | 123 | 24,7% | | 1,00 |
| 1 salário mínimo | 111 | 22,3% | | 0,91 |
| 1 a 3 salários mínimos | 108 | 21,7% | 0,11 | 0,91 |
| Mais de 4 salários mínimos | 7 | 1,4% | | 0,64 |
| Não quer declarar | 39 | 7,8% | | 0,97 |

*Diferença estatisticamente significativa.

Na tabela 4, observou-se que a raça, escolaridade e renda familiar ao comparar com o TMC não apresentaram associação estatisticamente significativa, no entanto, a religião católica e evangélica foram identificadas como fatores protetores para TMC, com razão de prevalência de 0,86 e 0,97, respectivamente. Além disso, ter ocupação também foi evidenciado como fator protetor (RP=0,85), bem como ter companheiro fixo (RP=0,89) e ter filhos (RP=0,85).

DISCUSSÃO

Os TMC acometem todos os grupos populacionais, em que um estudo observou a prevalência de 18,7% desse transtorno ao investigar 848 mulheres⁽¹¹⁾. Esse índice cresce quando avaliado em usuários de SPA, uma vez que 78,1% (n=388) da amostra apresentaram rastreamento positivo para TMC, no qual alguns sintomas estão evidentes de maneira significativa.

O SRQ-20 possibilitou avaliar a presença de pensamentos depressivos, humor ansiosos e depressivos, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital, de maneira que se evidenciou um alto índice em todos os âmbitos, com uma média geral no questionário de 9,7. Nesse prisma, destaca-se a presença de humor ansioso e depressivo, com ênfase no nervosismo, preocupação e tensão relatado por 77,3% dos entrevistados, assustar-se com facilidade (52,3%) e se sentir infeliz ou triste (62,6%).

Nesse aspecto, autores ratificam a presença de transtorno mental em usuários de SPA, em que se destacam os transtornos de humor como as principais comorbidades apresentadas, principalmente a depressão e transtorno bipolar, seguido de ansiedade e esquizofrenia^(3,12). Esses dados corroboram com o encontrado nesse estudo, uma vez que se observa alta porcentagem dos sintomas referentes ao humor ansioso e depressivo.

Também se evidenciou um alto índice de respostas afirmativas para os sintomas somáticos, no que concerne a dormir mal (76,9%), afirmar que as mãos tremem (54,1%), referir dor de cabeça com frequência (48,1%) e falta de apetite (53,1%). O predomínio dos sintomas somáticos nesse público pode estar relacionado a modificação que a SPA causa na atividade mental desses indivíduos, que repercute nas esferas psíquicas, somáticas e neurovegetativas⁽¹⁾.

Além disso, essas manifestações somáticas estão relacionadas diretamente a presença de TMC, em que estudo desenvolvido na Índia apontou que a maior causa da insônia ou outros sintomas relacionados foram justificados pelo alto nível de tensão, depressão e tristeza relatada pelos entrevistados⁽¹³⁾.

Nesse âmbito, destaca-se que 64,2% dos usuários afirmaram que se sentem cansados com facilidade, o que demonstra o decréscimo de energia vital nesses indivíduos, em que esses fatores favorecem à presença de pensamentos depressivos, visto em 53,9% que relataram já ter pensado em tentar suicídio no último mês.

Em relação a isso, um estudo caso controle apresenta que o uso abusivo de SPA dobra as chances para a tentativa de suicídio, enquanto que a presença de um transtorno mental eleva em dez vezes o risco para tal prática, constituindo condições importantes que aumentam o número de violência autoprovocada, principalmente quando associadas⁽¹⁴⁾.

No entanto, inúmeros fatores estão envolvidos na saúde mental desses indivíduos, sobretudo os aspectos sociodemográficos. Nesse íterim, ao se investigar a presença de TMC nos sexos, observou-se que o sexo feminino apresentou média maior no SRQ-20 referente ao rastreamento para TMC, corroborando com outras investigações as quais consolidam que as mulheres apresentam maior possibilidade para TMC do que os homens, tornando-se fator de risco para isso^(11,15).

Esse fato pode estar relacionado as modificações decorrentes do perfil da mulher atualmente, com a crescente inserção no mercado de trabalho e atuação no contexto familiar com múltiplas responsabilidades, que pode gerar renúncia no autocuidado, além de sua maior exposição a outros agravos no modo de reproduzir à vida, contribuindo para o surgimento de TMC⁽¹⁶⁾.

Ademais, outros fatores são determinantes nesse processo, tais como a idade, a qual

apresenta uma correlação inversamente proporcional com TMC. Estudo revela o aumento da experimentação precoce decorrente da busca pela socialização e conquista popular entre os jovens, bem como pela influência dos amigos, tornando o adolescente mais susceptível para o comportamento abusivo, e essa experimentação precoce acarreta em maiores prejuízos para os usuários no que concerne as interações familiares e sociais e distúrbios físicos e psíquicos que contribuem para o desenvolvimento de TMC⁽¹⁷⁾.

Ao realizar as demais análises, não se verificou diferença estatisticamente significativa ao se comparar o TMC entre as raças dos usuários de SPA. No entanto, uma revisão sistemática sugere que a prevalência de transtornos mentais é maior na população negra ou raça/cor não branca⁽¹⁸⁾, ainda há contradições quando se investiga essa associação. Os dados encontrados nesse estudo podem estar relacionados ao fato do Brasil ser um país miscigenado, além da maior acessibilidade da SPA, em que as raças estão susceptíveis de maneira similar para esse consumo.

Ademais, investigou-se a relação entre religião e TMC nos usuários de SPA, as quais apresentaram diferença estatisticamente significativa, em que a prática da religião católica (RP=0,86) ou evangélica (RP=0,97) se tornaram fator protetor para o TMC. Estudo corrobora ao afirmar que a espiritualidade ou vivência religiosa colabora para o enfrentamento das dificuldades, proporcionando conforto e esperança em que os indivíduos se sentem mais seguros e amparados por um ser divino além dos sentimentos de pertencer ao grupo religioso, que amplia as redes de apoio e, por conseguinte, melhora o funcionamento social e qualidade de vida, minimizando as ocorrências de TMC⁽¹⁹⁾.

Ao avaliar a escolaridade, observou-se que não apresentou associação estatisticamente significativa com o TMC nos usuários de SPA entrevistados, resultado similar ao encontrado no estudo com pessoas atendidas em um Centro de Referência de Assistência Social, em que essa relação não se mostrou significativa⁽²⁰⁾.

Porquanto, estudo aponta que o TMC apresenta maior prevalência em indivíduos economicamente desfavorecidos, no que concerne a baixa escolaridade, menor nível socioeconômico e desemprego, por considerar esses fatores como preditores de piores condições de vida e saúde mental⁽²¹⁾. Nessa conjuntura, evidenciou-se que ter ocupação profissional (RP=0,85) se configurou como um fator protetor para o TMC.

Estudo⁽³⁾ também realizado com usuários de SPA afirma que não ter renda fixa corrobora para o TMC, isso pode estar relacionado ao fato de ter ocupação favorecer socioeconomicamente o indivíduo, uma vez que amplia suas oportunidades e as suas redes, além de contribuir com o sentimento de utilidade favorecendo a autonomia e autoestima, e por

consequente, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos.

Nesse ínterim, o estado civil também é condição determinante nesse processo, em que ter companheiro fixo (RP=0,89) consiste em um fator protetor para o desenvolvimento do TMC. Esse resultado se justifica pelo fato de que os usuários sem companheiros, geralmente apresentam uma menor integração social e a percepção do sentido da vida mais negativa, em que o companheiro é visto como um importante ponto de apoio para enfrentamento do obstáculos, além de favorecer para recursos econômicos condizentes com a necessidade familiar⁽²¹⁾.

Na literatura é comprovado que pessoas com renda baixa de até um salário mínimo apresentam maior probabilidade de desenvolver TMC pois esse indicador reflete nas condições gerais da família e, por conseguinte, na saúde mental⁽²²⁾. No entanto, ao avaliar a renda familiar, observou-se que essa não apresenta associação estatisticamente significativa nos usuários de SPA entrevistados.

Em relação a isso, avaliou-se a associação entre a presença de filhos e o TMC, a qual resultou em associação estatisticamente significativa em que ter filhos se tornou fator protetor para a ocorrência de TMC, diferentemente de outros estudos que demonstraram ser de risco decorrente da dualidade de papéis exercidos e da responsabilidade⁽²²⁾. No entanto, nos casos de SPA o fato de ter filhos foi retratado como principal motivação para a busca pelo tratamento em relação ao uso abusivo de SPA, bem como esse fato teceu sentido positivo da vida, o que contribui para a promoção de saúde mental.

Nesse sentido, observou-se que o TMC apresenta relações no contexto biopsicossocial, com fatores protetores ou preditores. E se evidenciou a necessidade de a equipe multiprofissional conhecer os aspectos envolvidos nesse processo, sobretudo os enfermeiros, que estão em maior contato com essa população⁽²³⁾.

Entretanto, estudo⁽²⁴⁾ demonstrou que os profissionais de enfermagem relatam dificuldades em atuar nesse contexto, destacando-se a necessidade de fomentar na formação de enfermagem o pensamento crítico para corresponder às necessidades reais dessa população, com aporte teórico e prático para que desenvolva habilidades no cuidado com os indivíduos envolvidos com SPA a fim de minimizar os agravos envolvidos, como o desenvolvimento de TMC.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nesse aspecto, destaca-se que essa pesquisa utilizou uma amostra significativa da população estudada, contribuindo para as discussões acerca do tema, entretanto, apresentou algumas limitações, por se tratar de um estudo transversal que inibe a possibilidade de

inferências de causalidade.

CONCLUSÃO

Portanto, constata-se que a maioria dos usuários apresentou rastreamento positivo para TMC, com índices elevados para a presença de pensamentos depressivos, humor ansioso e depressivo, sintomas somáticos e decréscimo de energia vital. O sexo feminino e ter menor idade constituem fatores de risco para o desenvolvimento de TMC, enquanto, ter religião católica ou evangélica, ter ocupação, um companheiro fixo e filhos consistem em fatores protetores para tal. Todavia, as variáveis referentes a raça, escolaridade e renda familiar não apresentaram associação estatisticamente significativa com o TMC.

Esse estudo possibilitou identificar condições associadas com o TMC em usuários de SPA, na perspectiva de risco ou proteção, os quais facilitam a tomada de decisões na tentativa de priorizar ações para grupos mais vulneráveis na perspectiva da promoção de saúde mental, a fim de evitar o desenvolvimento de TMC nos usuários e conseqüentemente, minimizar o número de tentativas de suicídio que também estão relacionadas nesse contexto dual de TMC e uso de SPA.

Nesse sentido, é nítido que se trata de um tema complexo e que necessita de maiores estudos em âmbito nacional com caráter experimental ou ainda, com abordagens qualitativas para compreender os fatores relacionados ao TMC e uso de SPA a fim de uma maior produção de conhecimento.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado da autora pesquisadora.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo auxílio financeiro ao projeto intitulado Saúde Mental e o risco de suicídio em usuários de drogas por meio da Bolsa de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e à Inovação Tecnológica.

REFERÊNCIAS

1. Cerqueira GLC. Fatores de influência dos efeitos das substâncias psicoativas no organismo. *Psicologia.Pt* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0920.pdf>
2. Guerra MRSR, Vandenberghe, L. Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. *Pesqui. prá. Psicossociais* [Internet]. 2017 Sept [cited 2019 Aug 10]; 12 (3): 22 p. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n1/08.pdf>
3. Lucchese R, Silva PCD, Denardi TC, Felipe RL, Vera I, Castro PA, et al. Transtorno mental comum entre indivíduos que abusam de álcool e drogas: estudo transversal.

Texto & contexto enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 10]; 26(1): 7 p. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-4480015.pdf

4. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2016 [Internet]. New York: UNODC; 2016 [cited 2019 Aug 10]. Available from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf

5. Fernandes MA, Pinto KLC, Teixeira Neto JA, Magalhães JM, Carvalho CMS, Oliveira ALCB. Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog. [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 12]; 13(2): 64-70. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200002&lng=pt&nrm=i

6. Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos L, Teodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. BMC Psychiatry. 2013; 4(13): 163.

7. Gonçalves DM, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. Cad Saúde Pública. 2014; 30(3):623-32.

8. Saban A, Flisher A, Laubscher R, London L, Morojele N. The association between psychopathology and substance use: adolescent and young adult substance users in inpatient treatment in Cape Town, South Africa. Pan African Med J. 2014; 17(8).

9. Guirado GMP, Pereira NMP. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. Cad. Saúde Colet. 2016; 24(1): 92-8.

10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.

11. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 20]; 23(8): 2543-54. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2543.pdf

12. Merchán-Hamann E, Leal EM, Basso ML, García EM, Reid P, Kulakova OV, et al. Comorbilidad entre abuso/dependencia de drogas y el distrés psicológico en siete países de Latinoamérica y uno del Caribe. Texto & contexto enferm [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 20]; 21(spe): 87-95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000500012&lng=es.

13. Stephenson R, Winter A, Hindin M. Frequency of intimate partner violence and rural women's mental health in four Indian states. Violence Against Women. 2013; 19(9): 1133- 50.

14. Felix TA, Oliveira EN, Lopes MVO, Dias MSA, Parente JRF, Moreira RMM. Risk of self- inflicted violence: a presage of tragedy, na opportunity for prevention. Enferm. glob. [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 20]; 18(1): 373-416. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.18.1.304491>.

15. Costa MG, Dimenstein M, Leite J. Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas. Rev. colomb. psicol. [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 21]; 24(1):13-27. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/41968/61911>.

16. Leonardo BC, Cunha DF, Sakae TM, Remor KVT. Prevalência de transtornos mentais e utilização de psicofármacos em pacientes atendidos em um ambulatório médico de especialidades. Arq. Catarin Med [Internet]. 2017 abr-jun [cited 2019 Aug 21]; 46(2): 39- 52.

Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/268/154>.

17. Carvalho M, Matos MG. Psychosocial Determinants of Mental Health and Risk Behaviours in Adolescents. *Global J Health Sci*. 2014; 6(4): 22-35.

18. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 22]; 22(12):4021-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-4021.pdf>.

19. Reinaldo AMS, Santos RLF. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 22]; 40 (110): 162-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0162.pdf>.

20. Wiemann I, Munhoz TN. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. *Ensaio Cienc. Cienc. Biol. Agrar. Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 22]; 19(2): 89-94. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26042168007.pdf>

21. Assunção AA, Lima EP, Guimarães MDC. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 22]; 33(3): 14 p. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00166815.pdf>

22. Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FB. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 22]; 27(3):200-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0200.pdf>

23. Fernandes MA, Silva EM, Ibiapina ARS. Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em um hospital geral. *R. Interd* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sept 02]; 8(4):163-

73. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/797/pdf_276

24. Farias LMS, Azevedo AK, Silva NMN, Lima JM. O enfermeiro e a assistência a usuários de drogas em serviços de atenção básica. *Rev enferm UFPE online*. 2017; 11(Supl. 7): 2871-80.

ANEXO A - SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

Serviço de Saúde Mental: _____ Registro Nº: _____

Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

INSTRUÇÕES

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

| Perguntas | Respostas | |
|--|-----------|---------|
| 1. Você tem dores de cabeça com frequência? | Sim () | Não () |
| 2. Tem falta de apetite? | Sim () | Não () |
| 3. Você dorme mal? | Sim () | Não () |
| 4. Assusta-se ou fica com medo com facilidade? | Sim () | Não () |
| 5. Suas mãos tremem? | Sim () | Não () |
| 6. Você se sente nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)? | Sim () | Não () |
| 7. Tem má digestão ou sofre de desconforto estomacal? | Sim () | Não () |
| 8. Não consegue ou tem dificuldades para pensar com clareza? | Sim () | Não () |
| 9. Sente-se triste ultimamente? | Sim () | Não () |
| 10. Você tem chorado mais do que o costume? | Sim () | Não () |
| 11. Tem dificuldades para gostar ou realizar com satisfação suas atividades diárias? | Sim () | Não () |
| 12. Tem dificuldades para tomar decisões? | Sim () | Não () |
| 13. Seu trabalho causa sofrimento ou tormento (Tem dificuldade de realizá-lo)? | Sim () | Não () |
| 14. Sente-se incapaz de ter um papel útil na vida? | Sim () | Não () |
| 15. Você perdeu ou tem perdido o interesse nas coisas? | Sim () | Não () |
| 16. Acha que é uma pessoa inútil ou que não vale nada? | Sim () | Não () |
| 17. Já pensou, alguma vez, em acabar com a sua vida / tentar suicídio? | Sim () | Não () |

| | | |
|---|---------|---------|
| 18. Você se sente cansado(a) todo tempo? | Sim () | Não () |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago/ má digestão? | Sim () | Não () |
| 20. Fica cansado (a) com facilidade? | Sim () | Não () |

ANEXO B- QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE (PHQ-9)

Serviço de Saúde Mental: _____ Registro N°: _____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O (A) SR.(A) TEM SE SENTIDO NAS DUAS ULTIMAS SEMANAS.**1) Nas duas últimas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?**

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de uma semana.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

2) Nas duas últimas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido (a) ou sem perspectiva?

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de uma semana.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

3) Nas duas últimas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de uma semana.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

4) Nas duas últimas semanas, quantos dias você se sentiu cansado (a) ou com pouca energia?

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de uma semana.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

5) Nas duas últimas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de um dia.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

6) Nas duas últimas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo (a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de um dia.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

7) Nas duas últimas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- (0) Nenhum dia.

- (1) Menos de um dia.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

8) Nas duas últimas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem) ou, ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de um dia.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

9) Nas duas últimas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto (a)?

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de um dia.
- (2) Uma semana ou mais.
- (3) Quase todos os dias.

10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

- (0) Nenhum dia.
- (1) Menos de um dia.
- (2) Uma semana ou mais
- (3) Quase todos os dias.

ANEXO C – ÍNDICE DE RISCO DE SUICÍDIO (IRIS)

Serviço de Saúde Mental: _____ Registro Nº: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

Sexo – Masculino = 1 Feminino = 0

Idade - $\geq 45 = 1$ $<45 = 0$

Religiosidade* – Não = 1 Sim = 0

*Existem fatores de natureza religiosa ou espiritual susceptíveis de impedir o ato?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não = 0 Sim = 2

Isolamento – vive só, sem apoio familiar ou social?

Perda recente marcante – luto, desemprego, perda material ou de estatuto?

Doença física – Incapacitante ou terminal.

Abuso – atual de álcool ou substâncias.

Doença psiquiátrica grave – descompensação atual de psicose, depressão maior ou transtorno bipolar, perturbação grave de personalidade.

História de internamento psiquiátrico

História familiar de suicídio

ESFERA SUICIDA

História pessoal de comportamento suicida*

Ponderação 3 Não = 0 Sim = 3

*Considerar SIM em caso de 2 ou mais comportamentos *prévios* ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos).

Plano suicida*

*Apura-se a existência do plano organizado, consistente, letal e exequível? Valorizar atos preparatórios recentes (Ex.: Carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (Ex.: arma de fogo, pesticidas/ herbicidas).

Ponderação Não = 0 Sim = atribuir diretamente o valor 20 do score total do Índice

SCORE TOTAL

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL E CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA QUE TENTOU

Pesquisador: ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18048913.8.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Santa Casa de Misericórdia de Sobral

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 384.646

Data da Relatoria: 04/09/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto busca descrever pacientes que tentaram suicídio, ao intentar traçar um perfil epidemiológico, bem como verificar o cuidado da enfermagem a eles.

Objetivo da Pesquisa:

Traçar o perfil epidemiológico descritivo de pacientes atendidos na Unidade de Emergência da Santa Casa de Misericórdia de Sobral com o diagnóstico de Tentativa de Suicídio de acordo com o CID-10 no período de 2013 a 2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, "A princípio, os riscos relacionados a pesquisa serão de caráter intelectual por constrangimento caso os participantes se sintam incomodados com a perspectiva de responderem às questões pessoais. Gostaria de informá-lo que a equipe da pesquisa fará de tudo para evitar, conforme Barbour (2009) pressão para respostas, o julgamento das respostas, o menosprezo das informações repassadas, o uso de termos pejorativos ou expressões não politicamente corretas. É importante também que você se sinta livre para o uso da palavra com sugestões e correção de conteúdos apresentados pelos pesquisadores".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se bem delineada e fundamentada. Sugere-se uma revisão do projeto no intuito de organizar suas seções (conclusão no item 3 parece que o projeto está finalizando), bem

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 384.648

como realizar amplamente uma revisão do uso correto do português. Também não se sabe como os pesquisadores alcançarão a meta de investigar as tentativas de suicídio em 2013 e 2014, haja vista a coleta de dados compreende os meses de agosto a outubro de 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos possuem todos os dados necessários. Indica-se a NECESSIDADE de revisão do português não apenas para a compreensão da língua e escrita correta, mas também para evitar termos coloquiais, como "correria".

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se apropriado para coleta de dados tão logo sejam resolvidas as sugestões e indagações apontadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O trabalho foi considerado APROVADO pelo Colegiado do CEP.

SOBRAL, 05 de Setembro de 2013

Assinador por:

**Maristela Ines Osawa Chagas
(Coordenador)**

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

ANEXO E – ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA ELETRÔNICA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS

SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.
2020 jan.-fev.;16(1):1-10
DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.158433
www.revistas.usp.br/smad/




Artigo de Revisão


Transtorno mental e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas: uma revisão integrativa

Roberta Magda Martins Moreira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8225-7576>
Eliany Nazaré Oliveira^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-6408-7243>
Roberlandia Evangelista Lopes³

 <https://orcid.org/0000-0002-6810-7416>
Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁴

 <http://orcid.org/0000-0001-5867-8023>
Tamires Alexandre Félix⁵

 <http://orcid.org/0000-0001-9297-7764>
Lycélia da Silva Oliveira¹

 <http://orcid.org/0000-0003-0257-4115>

Objetivo: analisar as evidências científicas acerca da presença de transtornos mentais e o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas. **Método:** revisão integrativa da literatura, realizada na LILACS, MEDLINE e SCOPUS, mediante os descritores: transtornos relacionados ao uso de substâncias, suicídio e transtornos mentais. Selecionaram-se os artigos completos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, sem recorte temporal, todavia, foram excluídos os duplicados e que não responderam diretamente à pergunta norteadora, totalizando 17 artigos para análise. **Resultados:** os usuários de substâncias psicoativas apresentam qualidade de vida reduzida e maior comprometimento na saúde mental, que aumentam a probabilidade para comorbidades psiquiátricas associadas, como a depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar e ansiedade, principalmente quando há o uso de múltiplas substâncias. Essa associação eleva as chances de os indivíduos cometerem suicídio em até 5,7 vezes. **Conclusão:** observa-se a relação direta entre os três fatores investigados, em que o uso de substâncias psicoativas aumenta a probabilidade de transtornos mentais e o risco de suicídio, tornando-se necessária a elaboração de estratégias eficazes em saúde para a identificação precoce dessas problemáticas e, assim, desenvolver intervenções a fim de minimizá-las.

Descritores: Saúde Mental; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Transtornos Mentais; Suicídio.

¹ Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral, Sobral, CE, Brasil.

² Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

³ Centro Universitário UNINTA, Sobral, CE, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Sobral, CE, Brasil.

Como citar este artigo:

Moreira RMM, Oliveira EN, Lopes RE, Lopes MVO, Félix TA, Oliveira LS. Mental disorder and suicide risk in psychoactive substance users: an integrative review. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2020;16(1):1-10. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.158433>

Mental disorder and suicide risk in psychoactive substance users: an integrative review

Objective: to analyze scientific evidence regarding the presence of mental disorders and risk for suicide in psychoactive substance users. Method: integrative literature review conducted on LILACS, MEDLINE and SCOPUS, using the descriptors: substance-related disorders, suicide and mental disorders. Full articles available in Portuguese, English or Spanish were selected without a time frame. However, duplicates as well as articles that did not answer the guiding question directly were excluded, thus totaling 17 articles for analysis. Results: psychoactive substance users presented reduced quality of life and more severely impaired mental health, which increases the probability of associated psychiatric comorbidities, such as depression, schizophrenia, bipolar disorder and anxiety, especially when multiple substances are used. This association increases the chances of individuals' committing suicide up to 5.7-fold. Conclusion: there is a direct relation between the three investigated facts, in which psychoactive substance use increases the probability of mental disorders and suicide risk, making it necessary to design efficient health strategies for the early identification of such problems and thus develop interventions to minimize them.

Descriptors: Mental Health; Substance-Related Disorders; Mental Disorders; Suicide.

Trastorno mental y riesgo de suicidio en usuarios de sustancias psicoactivas: una revisión integrativa

Objetivo: analizar las evidencias científicas sobre la presencia de trastornos mentales y el riesgo de suicidio en usuarios de sustancias psicoactivas. Método: revisión integrativa de la literatura, realizada en LILACS, MEDLINE y SCOPUS, mediante los descriptores: trastornos relacionados al uso de sustancias, suicidio y trastornos mentales. Se seleccionaron los artículos completos disponibles en portugués, inglés o español, sin recorte temporal, fueron excluidos los duplicados y los que no respondieron directamente a la pregunta orientadora, totalizando 17 artículos para análisis. Resultados: los usuarios de sustancias psicoactivas presentan calidad de vida reducida y mayores problemas de salud mental lo que aumenta la probabilidad para comorbilidades psiquiátricas asociadas, como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y ansiedad, principalmente cuando se usan múltiples sustancias. Esta asociación eleva las posibilidades de que los individuos cometan suicidio en hasta 5,7 veces. Conclusión: se observa una relación directa entre los tres factores investigados, en que el uso de sustancias psicoactivas aumenta la probabilidad de trastornos mentales y el riesgo de suicidio, siendo necesario la elaboración de estrategias eficaces en salud para la identificación precoz de estas problemáticas y así, desarrollar intervenciones para minimizarlas.

Descriptores: Salud Mental; Trastornos Relacionados con Sustancias; Trastornos Mentales; Suicidio.

Introdução

O uso abusivo de substâncias psicoativas (SPAs) consiste em um grave problema de saúde pública evidenciado por números alarmantes, em que cerca de 10% dos indivíduos nos centros urbanos consomem de forma abusiva essas substâncias, com 16 a 39 milhões de dependentes e 183 mil óbitos relacionados a esse agravo no mundo, no ano de 2012⁽¹⁾.

Estima-se que cerca de uma em cada cinco pessoas que consomem substâncias ilícitas apresenta diagnóstico de dependência, em que o usuário incorpora a SPA ao seu cotidiano como objeto principal. Esse uso abusivo ocasiona inúmeras consequências pessoais, familiares e sociais à população, uma vez que provoca alteração na percepção, humor e consciência; desagregação familiar; perdas físicas, materiais e morais; preconceitos; limitações cognitivas quanto à aprendizagem; evasão escolar; desemprego e comprometimento da saúde⁽²⁻³⁾.

Nesse sentido, estudos enfatizam as consequências das SPAs, tais como a marginalização, maior vulnerabilidade, rompimento das relações sociais, ausência de interesse pela vida, maior suscetibilidade às infecções sexualmente transmissíveis e a associação entre as manifestações de transtornos mentais e de alterações de comportamento decorrentes do uso de SPAs⁽⁴⁾.

A presença desses transtornos mentais em usuários de SPAs potencializa o risco para comportamento suicida⁽⁵⁾. O suicídio também é considerado um problema de saúde pública, com taxa de 11,6 mortes por 100 mil habitantes e representado por cerca de 804 mil óbitos, no ano de 2012⁽⁶⁾. Nesse ínterim, os dados nacionais evidenciam que a, cada 10 tentativas de autoextermínio ou suicídio, duas ou mais estão relacionadas ao uso de álcool⁽⁷⁾.

Assim, diante da magnitude relacionada ao uso problemático das SPAs, a presença de transtornos mentais e o suicídio, os quais são considerados problemas de saúde pública, torna-se necessário investigar acerca da associação entre essas três situações, a fim de aprimorar a atenção à saúde de indivíduos envolvidos com as SPAs, principalmente no âmbito da saúde mental, bem como para conhecer os fatores envolvidos nesse contexto e delinear os grupos em risco para o suicídio com o objetivo de evitar a antecipação do fim de vida.

Portanto, objetiva-se analisar as evidências científicas acerca da presença de transtornos mentais e o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas.

Método

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, a qual passou por cinco fases, a saber: identificação

da temática e a elaboração da questão norteadora; a busca na literatura; avaliação dos dados presentes nos estudos; análise dos dados e síntese destes; e por fim, apresentação da revisão⁽⁸⁾.

Para isso, elaborou-se a questão norteadora da pesquisa a partir da estratégia PICo, um acrônimo formado por P: participantes, I: fenômeno de interesse e Co: contexto do usuário, conforme recomendação do Jonna Briggs Institute⁽⁹⁾. Dessa forma, delineou-se: quais as evidências disponíveis acerca da presença de transtornos mentais e o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas?

Nesse ínterim, efetuou-se a busca dos estudos no mês de dezembro de 2018, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS), as quais foram acessadas, respectivamente, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *U. S. National Library of Medicine* (PUBMED) e o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a partir da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe), à qual os pesquisadores estão vinculados.

Nessa perspectiva, para a base de dados em português utilizaram-se descritores em ciências da saúde (DECS) e, para o idioma inglês, realizou-se a busca no *Medical Subject Headings* (MeSH). Ademais, foram utilizados os operadores booleanos AND e "" para a associação dos descritores, da seguinte forma: "transtornos relacionados ao uso de substâncias" AND suicídio AND "transtornos mentais", bem como "substance-related disorders" AND suicide AND "mental disorders".

Para a seleção dos artigos, utilizaram-se as recomendações dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA)⁽¹⁰⁾, adaptando para revisão integrativa, com os seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis gratuitamente nos idiomas português, inglês ou espanhol, sem recorte temporal. Foram excluídos os artigos duplicados e que não responderam diretamente à pergunta norteadora. Dessa forma, 17 artigos foram incluídos na amostra, conforme demonstrado na Figura 1.

Os artigos foram organizados e os dados coletados por meio de um instrumento elaborado pela autora, com base na literatura⁽¹¹⁾. Utilizaram-se as seguintes variáveis: nome do autor, ano de publicação, título, idioma, objetivo e principais resultados. Posteriormente, realizou-se a análise das informações de maneira descritiva, que possibilitou discussão fundamentada nas evidências científicas.

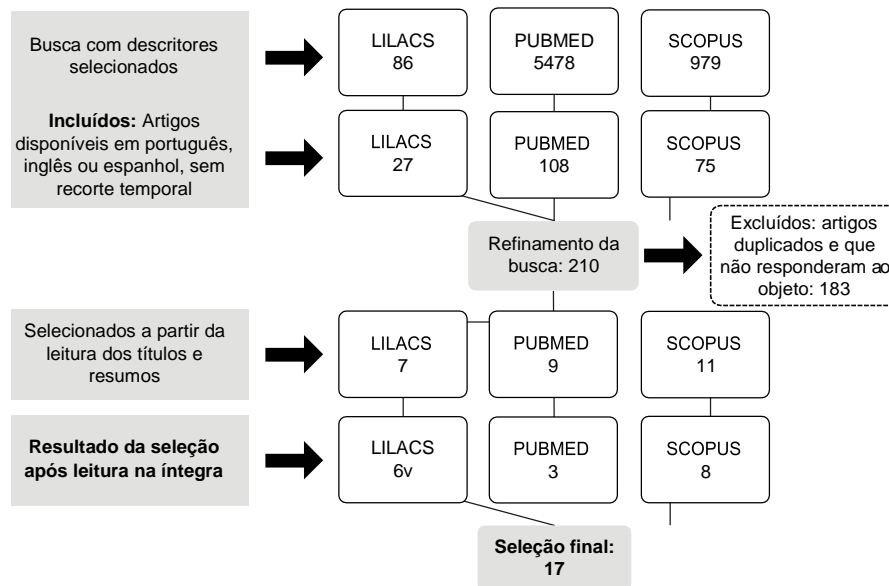


Figura 1- Processo de seleção dos artigos, Sobral, Ceará, Brasil, 2018

Resultados

A Figura 2 foi elaborada para sistematizar e organizar as informações constituídas nos artigos utilizados.

Ao analisar os artigos, percebe-se o maior número de publicações no ano de 2017 ($n=3$; 17,6%), que, no total, englobou o período de 2000 a 2017, e mesmo não se utilizando o recorte temporal como critério de inclusão, observam-se publicações com ênfase nos últimos dez anos, o que demonstra o aumento de estudos referentes ao tema devido à sua relevância para a comunidade científica.

Além disso, 88,23% ($n=15$) dos artigos utilizaram abordagem quantitativa para a metodologia do estudo e a maioria recorreu a estudos transversais e descritivos, com foco em amostra constituída por familiares dos usuários que cometeram suicídio, pessoas em situação de privação de liberdade. Alguns realizaram comparação com os usuários e não usuários de SPAs.

Quanto ao idioma, observou-se o predomínio de estudos em inglês, com 64,8% ($n=11$). A maioria das publicações (76,5%) foi referente ao contexto internacional com limitação de artigos em alusão ao tema no âmbito nacional, destacando-se os estudos que abordaram a representação social do suicídio para os usuários de SPAs⁽²⁸⁾, avaliação das funções executivas e a expressão emocional e comportamental relacionada à presença de ideação suicida⁽²¹⁾ e perfil geral dos usuários de SPAs atendidos em um hospital psiquiátrico⁽¹⁷⁾. Um apresentou, como objeto, a presença de comorbidades psiquiátricas em usuários de SPAs, citando o risco de suicídio⁽¹⁹⁾.

Além disso, atenta-se que alguns abordaram somente o contexto do transtorno mental e uso de SPAs, e outros o risco de suicídio com o uso de SPAs de forma isolada. Todavia, estes foram incluídos por apresentarem informações importantes para a compreensão do tema e a resposta à pergunta norteadora.

| Autor (Ano) | Título | Idioma | Objetivo | Principais resultados |
|---|--|--------|--|---|
| Borges G, Walters EE, Kessler RC (2000) ⁽¹²⁾ | Associations of Substance Use, Abuse, and Dependence with Subsequent Suicidal Behavior | Inglês | Desagregar as associações de transtornos por uso de substâncias com tentativas de suicídio, a fim de avaliar uma série de hipóteses sobre os processos que levam a essas associações. | As pessoas que consomem de forma abusiva o álcool e outras drogas apresentam prevalência elevada na tentativa de suicídio, com maior risco do que os usuários que utilizam de maneira recreativa e os não usuários. E quanto maior o número de SPAs utilizadas, maior as chances de cometer suicídio. |
| Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC (2005) ⁽¹³⁾ | Smoking and the Risk of Suicidal Behavior | Inglês | Examinar a associação entre tabagismo e pensamentos suicidas ou tentativas em um estudo longitudinal. | História de transtornos por uso de SPAs está associada a taxas elevadas de comportamento suicida. Há um risco aumentado de pensamentos ou tentativas de suicídio associadas ao tabagismo diário atual, todavia, histórico de tabagismo anteriormente não interfere diretamente. |
| Séguin M, Lesage A, Chawky N, Guy A, Daigle F, Girard G, et al (2006) ⁽¹⁴⁾ | Suicide Cases in New Brunswick From April 2002 to May 2003: The Importance of Better Recognizing Substance and Mood Disorder Comorbidity | Inglês | Investigar todos os casos de suicídio ocorridos em New Brunswick nos 14 meses abrangendo 1 de abril de 2002 a 31 de maio de 2003, para determinar 6 meses e prevalência de psicopatologia no falecido. | Transtornos do humor (66%) e abuso de substâncias (59%) foram os mais comuns nos casos de suicídio, em que 54% das vítimas apresentavam dependência de SPAs e outro transtorno, 55% transtorno de humor isolado e 42% transtorno de humor e dependência de SPAs. |

(a Figura 2 continua na próxima página)

| Autor (Ano) | Título | Idioma | Objetivo | Principais resultados |
|---|--|-----------|--|---|
| Ocampo R, Bojórquez I, Cortés M. (2009) ⁽¹⁵⁾ | Consumo de sustancias y suicidios em México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006 | Espanhol | Determinar a relação que existe entre o consumo e número de substâncias e a apresentação de suicídio. | A principal SPA associada aos casos de suicídio foi o álcool (72,9%), seguido dos estimulantes (9,6%) e dos sedativos (6,8%). Além disso, na medida em que aumenta o número de SPAs é maior a possibilidade de suicídio. |
| Lukasiewicz M, Blecha L, Falissard B, Neveu X, Benyamina A, Reynaud M, et al. (2009) ⁽¹⁶⁾ | Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of french prisoners | Inglês | Descrever os prisioneiros com diagnóstico duplo (prevalência e características); comparar os prisioneiros de diagnóstico duplo com três outros grupos de prisioneiros e avaliar o impacto do Diagnóstico duplo no risco de suicídio na prisão. | Observa-se uma maior associação de transtornos de humor, ansiedade e distúrbios psicóticos com o transtorno relacionado ao uso de SPAs. E essa associação, torna-se mais forte para o risco de suicídio. A <i>cannabis</i> foi a droga mais utilizada. |
| Silva LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftum MA. (2010) ⁽¹⁷⁾ | Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico | Português | Caracterizar o perfil dos dependentes químicos atendidos na unidade de reabilitação de um hospital Psiquiátrico | 37% da amostra apresentam transtorno mental, em que se destaca a depressão e transtorno afetivo bipolar. 30% que possuem transtorno mental associado à dependência já tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida, principalmente aqueles com depressão. |
| Zhang Y, Conner KR, Phillips MR (2012) ⁽¹⁸⁾ | Case-Control Study in China of Risk Factors for Suicide in Men With Alcohol Use Disorders | Inglês | Avaliar os fatores de risco para o suicídio entre homens com transtorno por uso de álcool. | Nos usuários de SPAs foram frequentes casos de depressão maior e tentativas de suicídio anteriores, tornando-se o grupo mais comum nos casos de suicídio. Três fatores foram considerados de risco para suicídio entre os usuários: tentativas anteriores de suicídio, diagnóstico de depressão maior e eventos agudos negativos da vida. |
| Hess ARB, Almeida RMM, Moraes AL. (2012) ⁽¹⁹⁾ | Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido | Português | Verificar a frequência de comorbidades psiquiátricas, utilizando a <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> , em diferentes grupos de dependentes químicos em abstinência, em ambiente protegido. | Os grupos com usuários de múltiplas SPAs apresentaram maior ocorrência de psicopatologias, principalmente episódios hipomaniacos e transtorno de ansiedade, com elevado risco para o suicídio. |
| Benaiges I, Prat G, Adan A. (2012) ⁽²⁰⁾ | Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates | Inglês | Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde em um grupo de pacientes com duplo diagnóstico, em comparação com dois outros grupos e determinar quais os fatores clínicos relacionados à qualidade de vida. | As principais comorbidades associadas foram esquizofrenia, depressão e transtorno bipolar. O grupo com transtorno mental e uso de SPAs apresentou mais tentativas de suicídio e menor qualidade de vida, principalmente nos domínios de funcionamento físico e social, papel emocional, saúde mental, saúde geral e vitalidade, bem como na transição de saúde há um ano. |
| Almeida RMM, Flores ACS, Scheffer, M (2013) ⁽²¹⁾ | Ideação Suicida, Resolução de Problemas, Expressão de Raiva e Impulsividade em Dependentes de Substâncias Psicoativas | Português | Comparar homens dependentes de SPAs com não dependentes, quanto às funções executivas e à expressão emocional e comportamental relacionando com a presença de ideação suicida. | 24% dos usuários de SPAs apresentaram ideação suicida, enquanto, nenhum do grupo controle (não usuários) manifestou comportamento suicida. Os usuários de SPAs apresentaram alterações comportamentais e emocionais, impulsividade aumentada e acentuada expressão de raiva. |
| Vásquez CA, Buitrago SCC, Castrillón JJC, Ramos LC, Valencia KJC, Guevara JLM, et al (2013) ⁽²²⁾ | Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012 | Espanhol | Identificar o fator de risco de suicídio de acordo a escala de Plutchik e fatores associados em uma população de pacientes internados para reabilitação para uso de substâncias na cidade de Manizales (Colômbia). | 57% dos usuários apresentaram risco de suicídio; 47% tentativas anteriores de suicídio, em que três apresentaram 10 tentativas; 25,8% tinham transtorno mental, com destaque ao transtorno bipolar (31,8%), ansiedade (30,1%), depressão (32,2%), transtorno de personalidade (18,2) e esquizofrenia (9,1%). |
| Chapman SLC, Wu LT (2014) ⁽²³⁾ | Suicide and substance use among female veterans: a need for research | Inglês | Examinar associações de uso de substâncias com suicídio em veteranos do sexo feminino, identificar lacunas de pesquisa, e informar futuros estudos. | A depressão ou uso abusivo de substâncias aumentam em 5,7 vezes a chance de ideação suicida. Dentre os fatores de risco, ressaltam-se sintomas psiquiátricos e maior número de anos de uso de álcool ou cocaína. Para os homens, destaca-se a presença de transtorno bipolar como fator de risco para o suicídio. |
| Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al. (2014) ⁽²⁴⁾ | The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010 | Inglês | Calcular a carga de suicídio atribuível a transtornos mentais e de uso de substâncias e examinar as variações por região, país, idade, ano e transtorno. | 62,1% dos suicídios estão relacionados aos transtornos mentais e uso de SPAs, que, quando associados, aumentam o risco de suicídio consideravelmente. Os transtornos mais observados foram depressão e esquizofrenia. |

(a Figura 2 continua na próxima página)

| Autor (Ano) | Título | Idioma | Objetivo | Principais resultados |
|--|---|-----------|--|---|
| Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. (2015) ⁽²⁵⁾ | Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis | Inglês | Estimar a associação entre transtorno relacionado ao uso de álcool e ideação suicida, tentativa de suicídio, e completou o suicídio separadamente. | Transtorno relacionado ao uso de álcool está significativamente associado ao risco aumentado de ideação suicida, uma vez que o consumo de álcool apresenta efeitos negativos na saúde mental, causando transtornos psiquiátricos e aumentando o risco de suicídio. |
| Gates ML, Turney A, Ferguson E, Walker V, Staples-Horne M (2017) ⁽²⁶⁾ | Associations among substance use, mental health disorders, and self-harm in a prison population: examining group risk for suicide attempt | Inglês | Examinar os fatores de risco relacionados às tentativas de suicídio em uma população infratora. | A depressão foi o transtorno mental mais diagnosticado, em seguida a ansiedade, esquizofrenia e transtorno bipolar. Os usuários de substâncias apresentaram maiores chances de tentativa de suicídio, principalmente quando concomitante com depressão. |
| Adan A, Marquez-Arrico JE, Gilchrist G. (2017) ⁽²⁷⁾ | Comparison of health-related quality of life among men with different co-existing severe mental disorders in treatment for substance use | Inglês | Comparar os resultados para a qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com transtorno por uso de substâncias e doença mental grave, com normas da população espanhola. | As principais associações foram com esquizofrenia, transtorno depressivo maior e transtorno bipolar coexistente, em que todos os grupos apresentaram pior qualidade de vida relacionada à saúde, especialmente o funcionamento social, saúde mental e papel emocional. |
| Cantão L, Botti NCL. (2017) ⁽²⁸⁾ | Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas | Português | Conhecer os significados do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. | A tentativa de suicídio nas pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias representa desespero em decorrência do sofrimento, descrédito pessoal e ausência de apoio familiar. Em que o risco para suicídio independe do curso de uso, podendo ocorrer durante intoxicação, abstinência ou recaída. |

Figura 2- Sistematização quanto ao autor e ano de publicação, título, idioma, objetivo e principais resultados dos artigos selecionados, Sobral, Ceará, Brasil, 2018

Discussão

O diagnóstico duplo se configura no transtorno relacionado ao uso de substâncias associado às comorbidades psiquiátricas. Os dois eventos apresentam uma causalidade recíproca, uma vez que o uso de SPAs pode acarretar transtornos mentais, ou o inverso. Esse diagnóstico é considerado fator de risco para o suicídio.

Os usuários de SPAs apresentam menores índices na maioria dos domínios relacionados à qualidade de vida, tais como no funcionamento físico e social, papel emocional, saúde mental e vitalidade, em que se percebe uma limitação na vida social, ocupação e maior sensação de fadiga e exaustão ao comparar com outros grupos⁽²⁰⁾. Estudo⁽²⁷⁾ realizado na Espanha com usuários de SPAs do sexo masculino enfatiza que grupos com diagnóstico duplo apresentaram pior qualidade de vida relacionada à saúde, principalmente quando interligado à esquizofrenia e depressão maior.

O uso de SPAs desencadeia prejuízo e ruptura das relações sociais e familiares, uma vez que o indivíduo tem a obtenção da droga como objetivo de vida e isso acarreta em dificuldades para manter relacionamentos e atividades antes desempenhadas, apresentando problemas que, associados às modificações fisiológicas decorrentes das SPAs, interferem negativamente no funcionamento social e saúde mental desses indivíduos⁽²⁾.

Destarte, a saúde mental dos usuários de SPAs é gravemente afetada, pois ocorre a redução da autoestima, diminuição dos interesses, rompimento de vínculos sociais e familiares, piora dos cuidados consigo mesmo, perda do autorrespeito acompanhada

de sentimentos de solidão e envolvimento em atividades ilegais para adquirir a substância, que podem suscitar outros transtornos mentais associados⁽²⁹⁾.

Dessa maneira, estudos apontam que o consumo de SPAs aumenta a probabilidade para transtornos psiquiátricos de uma forma geral⁽³⁰⁾, principalmente quando se refere ao uso de múltiplas substâncias, o que promove maior ocorrência de psicopatologias em comparação com indivíduos que utilizam somente uma, e isso, conseqüentemente, provoca um maior risco de suicídio⁽¹⁹⁾.

Ademais, relacionam-se o tempo de uso e a quantidade de SPAs ao suicídio, de maneira proporcional, já que quando se aumenta o tempo de uso, há maior chance de ideação suicida⁽²¹⁾. Todavia, observa-se que o alto risco está relacionado ao uso atual das substâncias e não ao passado⁽¹²⁻¹³⁾, pois quanto mais SPAs utilizadas, maior a possibilidade de cometer suicídio^(12,15,19), uma vez que o uso de maneira isolada pode aumentar a chance de tentativa de suicídio em 2,6 vezes, enquanto em casos de múltiplas substâncias, esse valor amplifica para 27,4 vezes⁽¹²⁾.

Nessa perspectiva, autores⁽²¹⁾ apontam que os usuários de múltiplas SPAs apresentam maiores chances de comportamentos impulsivos, traços de raiva, menor controle dos sentimentos, pensamentos rápidos e instáveis, tendência a ações impetuosas e falta de planejamento e orientação para o futuro, já que mesmo sem ideação ou plano suicida, podem tentar cometer tal ato devido aos comportamentos de impulsividade. Esses achados corroboram outro estudo, o qual afirma que a tentativa de suicídio não planejada está frequentemente relacionada aos usuários de SPAs⁽¹²⁾.

Em relação a isso, um estudo caso controle apresenta que o uso abusivo de SPAs dobra as chances para a tentativa de suicídio, enquanto a presença de uma comorbidade psiquiátrica eleva em dez vezes o risco para tal prática, constituindo condições importantes que aumentam o número de violência autoprovocada, principalmente quando associadas, o que acontece com frequência, uma vez que o transtorno mental pode ser desencadeado pelo uso abusivo das SPAs⁽³¹⁾.

Dentre os transtornos mentais mais presentes em usuários de SPAs, destacam-se a depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar e ansiedade, as quais são relatados na maioria dos estudos^(16,19,22-23). Nesse aspecto, autores⁽²²⁾ ratificam a presença de transtorno mental em 25,8% dos usuários de substâncias, destacando-se, os transtornos de humor⁽³⁰⁾.

A maconha é vista como fator de risco para o desenvolvimento precoce de transtornos, considerando que o uso de dessa SPA alguma vez na vida acarreta maior chance para desenvolver transtorno mental comum, especificamente fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade ou transtornos de humor, nos quais o indivíduo apresenta 1,62 vezes mais chances de apresentar depressão⁽³²⁾.

Nesse prisma, estudo evidencia que o uso de SPAs está associado à presença de sintomas depressivos, pois cerca de 65,8% dos usuários de maconha e cocaína apresentam risco para depressão no Brasil⁽⁷⁾, demonstrando o comprometimento na saúde mental desses indivíduos⁽³³⁾.

Outros estudos^(13,26) apontam a depressão como transtorno mental mais associado ao uso de SPAs, seguido de ansiedade, esquizofrenia e transtornobipolar, respectivamente, haja vista que a coocorrência de depressão com o uso de SPAs aumenta a probabilidade de os indivíduos cometerem comportamentos autodestrutivos em 5,7 vezes^(23-24,26). Nessa perspectiva, estudo demonstra a presença de transtorno relacionado ao uso de SPAs em 59% dos casos de suicídio, e o diagnóstico duplo em 42%, com ênfase na depressão, transtorno de personalidade, ansiedade e transtorno bipolar⁽¹⁴⁾.

Ainda, verifica-se a depressão como precursora frequente do abuso de SPAs, e por consequência, esse padrão de consumo agrava o transtorno depressivo. Além disso, pessoas com transtornos mentais graves são mais suscetíveis ao consumo de substâncias e a evoluir para dependência rapidamente, principalmente de maconha e álcool⁽²⁹⁾. Essa associação estava presente como maioria no grupo de pessoas que morreram por suicídio na China, que, ao serem analisadas, consideraram-se a tentativa prévia de suicídio, o diagnóstico de depressão, o uso de SPAs e eventos negativos da vida como fatores de risco para a ação⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, considera-se a associação entre transtorno mental e o uso de substâncias como de alto

risco para suicídio, fato este confirmado pela literatura a qual demonstra que 30% dos indivíduos com esse diagnóstico duplo já tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida. Reforça-se ainda o predomínio da depressão relacionada ao transtorno mental⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Esses resultados podem ser referentes ao fato de que indivíduos com diagnóstico de duplo ou múltiplos transtornos apresentam maiores problemas relacionados à saúde mental, dificuldades e resistência ao tratamento e às medicações, maior período de internações por complicações, menor qualidade de vida e desestabilização nos aspectos psicossociais, afetando o indivíduo de forma integral que pode decorrer para o comportamento autodestrutivo⁽³⁾.

Destaca-se, ainda, que há maior risco no momento da intoxicação, em que a principal substância detectada foi o álcool (72,9%), em uma pesquisa realizada no México⁽¹⁵⁾. No entanto, enfatiza-se que o comportamento suicida pode ser evidenciado em qualquer momento do curso de uso, seja na intoxicação, abstinência ou recaída⁽²⁸⁾.

Alguns autores discorrem sobre explicações nas quais se destaca a desinibição provocada pela SPA, alteração do julgamento crítico e comportamento impulsivo na intoxicação, uma vez que se modificam as funções orgânicas, o pensamento e o estado de consciência do indivíduo, além de diminuir-se a capacidade para resolução de problemas, principalmente quando se consomem mais de uma substância, já que esses fatores são potencializados^(15,34).

Nesse íterim, um estudo buscou analisar o significado do comportamento suicida para pessoas com problemas relacionados ao uso de SPAs, observando a representação de um momento considerado como desespero do indivíduo, que provém do próprio sofrimento, isolamento e descrédito pessoal, bem como da ausência de apoio familiar e da falta de fé ou descrença em Deus⁽²⁸⁾.

Nesse sentido, a SPA é considerada a principal motivação para o comportamento suicida em homens usuários em acompanhamento no CAPS, os quais apresentam relações familiares prejudicadas em razão da dependência, o que provoca sentimentos de fracasso e inutilidade. Além disso, os usuários se intitulam como causa de decepções familiares, motivo pelo qual buscam o autoextermínio para cessar o incômodo na família⁽³⁵⁾.

Diante disso, observa-se que alguns fatores atuam como de risco para o suicídio, a saber: uso abusivo de múltiplas substâncias associado à presença de comorbidades psiquiátricas e relações sociais prejudicadas. Ao mesmo tempo em que se percebem aspectos protetivos, tais como a prática de uma religião a fim de fortalecer a fé, relações afetivas fortalecidas e atividades de ocupação e distração para esses usuários⁽²⁸⁾.

Logo, é necessário fortalecer ações que visem estratégias de prevenção ao suicídio nesse grupo a

fim de potencializar os fatores protetivos para esse comportamento. Todavia, estudo salienta a limitação dos profissionais de saúde sobre as ações de prevenção ao suicídio de forma ampla, principalmente no que concerne a Atenção Básica à Saúde, onde essas estratégias não são colocadas em prática⁽³⁶⁾, necessitando de um olhar mais direcionado do gestor e profissionais de saúde, especialmente quando se trata dos usuários de SPAs, uma vez que é nítida a relação coexistente entre o uso de SPAs, a presença de comorbidades psiquiátricas e o risco de suicídio, de maneira crescente.

Conclusão

Portanto, observa-se relação direta entre os três fatores investigados, na qual o aumento do uso de SPAs interfere negativamente na saúde mental do indivíduo, elevando a probabilidade para desenvolvimento de transtorno mental, e essa associação ou diagnóstico duplo aumenta consideravelmente o risco de suicídio. Além disso, a maioria dos estudos consolida a depressão como o transtorno mental mais associado ao uso de SPAs, mas não se investiga se essa relação é prévia ao uso de SPAs ou posterior, uma vez que o uso de SPAs pode ser também consecutivo ao transtorno mental, como uma estratégia para lidar com o sofrimento psíquico.

Esse estudo contribuiu para a compreensão acerca dessas problemáticas, principalmente no que se refere à relação entre as três condições. Logo, reflete-se quanto à necessidade de ações para prevenir o uso abusivo das SPAs e, conseqüentemente, minimizar os índices de transtornos mentais e o risco para o suicídio decorrente dessas comorbidades. Ademais, esse conhecimento é essencial para a atenção à saúde dos usuários de SPAs, a fim de sensibilizar os profissionais quanto à importância de ações para identificação desses problemas, bem como elaborar estratégias eficazes na assistência para minimizar o risco de suicídio nessa população.

Ainda, reiteram-se as lacunas existentes quanto ao assunto, pois a maioria dos artigos está relacionada ao contexto internacional, principalmente com amostra composta por pessoas que tentaram suicídio. Todavia, no cenário brasileiro, essa produção se apresenta limitada, necessitando de pesquisas que possam abordar essa relação como objeto de estudo, referente diretamente às pessoas usuárias de SPAs, para possibilitar um diagnóstico situacional e assim, subsidiar a assistência a essa população.

Referências

1. United Nations, United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report [Internet]. New York (NY): United Nations; 2014 [cited 2018 Dec 4]. Available from: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
2. Alvarez SQ, Gomes GC, Xavier DM. Causes of addiction and its consequences for the user and the family. J Nurs UFPE online. [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 4]; 8(3): 641-8. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i3a9720p641-648-2014>.
3. Claro HG, Oliveira MAF, Titus JC, Fernandes IFAL, Pinho PH, Tarifa RR. Drug use, mental health and problems related to crime and violence: cross-sectional study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 13]; 23(6): 1173-80. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01173.pdf.
4. Pinheiro MCP, Marafanti I. Principais quadros psiquiátricos do adulto que predispõem ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. In: Diehl A, Figlie NB. Prevenção ao uso de álcool e drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer. Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Cantão L, Botti NCL. Suicidal behavior among drug addicts. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 13]; 69(2): 389-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0389.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224>
6. World Health Organization. Country reports and charts available [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2018 Dec 18]. Available from: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
7. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS, editores. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) [Internet]. São Paulo (SP): Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); 2014 [Acesso 18 dez 2018]. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
8. Hopia H, Lavata E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. Scand J Caring Sci. [Internet]. 2016 dez [Cited 2018 Dec 18]; 30(4): 662-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27074869>
9. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 Edition. [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014 [cited 2018 Dec 18]. Available from: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-2014.pdf>.
10. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. BMJ. [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 18]; 349: 25 p. Available from: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g7647> doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>

11. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2008 [cited 2018 Dec 18]; 17(4): 758-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&lng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
12. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of Substance Use, Abuse, and Dependence with Subsequent Suicidal Behavior. *Am J Epidemiol.* [Internet]. 2000 [cited 2018 Dec 20]; 151(8): 781-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10965975>
13. Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and the Risk of Suicidal Behavior. *Arch Gen Psychiatry.* [Internet]. 2015 mar [cited 2018 Dec 20]; 62(3): 328-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15753246>
14. Séguin M, Lesage A, Chawky N, Guy A, Daigle F, Girard G, et al. Suicide Cases in New Brunswick From April 2002 to May 2003: The Importance of Better Recognizing Substance and Mood Disorder Comorbidity. *Can J Psychiatry.* [Internet]. 2006 Aug [cited 2018 Dec 20]; 51(9): 581-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17007225>
15. Ocampo R, Bojórquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios em México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Publica Mex.* [Internet]. 2009 Aug [Acceso 20 dec 2017]; 51(4): 306-13. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000400007&lng=es.
16. Lukasiewicz M, Blecha L, Falissard B, Neveu X, Benyamina A, Reynaud M, et al. Dual diagnosis: prevalence, risk factors, and relationship with suicide risk in a nationwide sample of french prisoners. *Alcohol Clin Exp Res.* [Internet]. 2009 Jan [cited 2018 Dec 20]; 33(1): 160-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18976349>
17. Silva LHP, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2010 jul./set [Acceso 22 dez 2018]; 14(3): 585-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000300021&lng=en
18. Zhang Y, Conner KR, Phillips MR. Case-Control Study in China of Risk Factors for Suicide in Men With Alcohol Use Disorders. *J Stud Alcohol Drugs.* [Internet]. 2012 Jan [cited 2018 Dec 22]; 73(1): 15-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22152657>
19. Hess ARB, Almeida RMM, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia.* [Internet]. 2012 jan./abr. [Acceso 22 dez 2018]; 17(1): 171-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/21.pdf>
20. Benaiges I, Prat G, Adan A. Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes.* [Internet]. 2012 Sep [cited 2018 Dec 22]; 10(106): 11 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22950596>
21. Almeida RMM, Flores ACS, Scheffer M. Ideação Suicida, Resolução de Problemas, Expressão de Raiva e Impulsividade em Dependentes de Substâncias Psicoativas. *Psicol Reflex Crít.* [Internet]. 2013 [Acceso 22 dez 2018]; 26(1): 1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000100001 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000100001>
22. Vásquez CA, Buitrago SCC, Castrillón JJC, Ramos LC, Valencia KJC, Guevara JLM, et al. Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia), 2012. *Arch Med.* [Internet]. 2013 [Acceso 22 dec 2018]; 13(1): 11-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273828094002.pdf>
23. Chapman SLC, Wu LT. Suicide and substance use among female veterans: a need for research. *Drug Alcohol Depend.* [Internet]. 2014 mar [cited 2018 Dec 22]; 136: 1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315571>
24. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al. The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One.* [Internet]. 2014 Apr. [cited 2018 Dec 22]; 9(4): 1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24694747>
25. 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]. 2015 May [cited 2018 Dec 23]; 10(5): 14 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439031/> doi: 10.1371/journal.pone.0126870
26. Gates ML, Turney A, Ferguson E, Walker V, Staples-Horne M. Associations among substance use, mental health disorders, and self-harm in a prison population: examining group risk for suicide attempt. *Int J Environ Res Public Health.* [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Dec 23]; 14(317): 16 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28335531> doi: 10.3390/ijerph14030317
27. Adan A, Marquez-Arrico JE, Gilchrist G. Comparison of health-related quality of life among men with different co-existing severe mental disorders in treatment for substance use. *Health Qual Life Outcomes.* [Internet].

2017 [cited 2018 Dec 23]; 15(209); 12 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5654090/> doi: 10.1186/s12955-017-0781-y

28. Cantão L, Botti NCL. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. *Av Enferm.* [Internet]. 2017 Ago [Acesso 23 dez 2018]; 35(2): 148-58. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200148&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.61014>.

29. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

30. Leite RT, Nogueira SO, Nascimento JP, Lima LS, Nóbrega TB, Virgínio MS, et al. The Use of Cannabis as a Predictor of Early Onset of Bipolar Disorder and Suicide Attempts. *Neural Plast.* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 23]; 2015: 2015; 13 p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4444580/pdf/NP2015-434127.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/434127>

31. Felix TA, Oliveira EN, Lopes MV de O, Dias MS de A, Parente JRF, Moreira RMM. Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. *Enferm Global.* [Internet]. 2018 [Acesso 22 dec 2018]; 18(1):373-88. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.18.1.304491>

32. Kedzior KK, Laeber LT. A positive association between anxiety disorders and cannabis use or cannabis use disorders in the general population- a meta-analysis of 31 studies. *BMC Psychiatry.* [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 23]; 14(136): 1-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032500/pdf/1471-244X-14-136.pdf> doi: 10.1186/1471-244X-14-136

33. Dantas FS, Veras MO, Cavalcante JC, Bittencourt CCBLD, Assis TAL. Impacto do uso de drogas na qualidade de vida de usuários: diferença entre os sexos. *Rev Bras Qual Vida.* [Internet]. 2017 [Acesso 24 dez 2018]; 9(2): 178-92. Disponível em: <https://periodicos.utfrpr.edu.br/rbqv/article/viewFile/5982/4399>

34. Braga LL, Dell'aglio DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínic.* [Internet]. 2013 [Acesso 24 dez 2018]; 6(1):2-14. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/viewFile/ctc.2013.61.01/1533>

35. Ribeiro DB. *Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas [Dissertação]*. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2012.

36. Silva N, Carvalho CM, Magalhães J, Carvalho JA Junior, Sousa B, Moreira W. Nursing actions in primary care to prevent suicide. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.* [Internet]. 2018 [Acesso 12 jan 2019]; 13(2): 71-7. Available from: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/149297>

Contribuição dos autores


Concepção e planejamento do estudo: Roberta Magda Martins Moreira, Eliany Nazaré Oliveira. Obtenção dos dados: Roberta Magda Martins Moreira. Análise e interpretação dos dados: Roberta Magda Martins Moreira, Roberlandia Evangelista Lopes, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Lycélia da Silva Oliveira. Redação do manuscrito: Roberta Magda Martins Moreira, Tamires Alexandre Félix, Lycélia da Silva Oliveira. Revisão crítica do manuscrito: Eliany Nazaré Oliveira, Roberlandia Evangelista Lopes, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Tamires Alexandre Félix.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido: 29.05.2019

Aceito: 08.08.2019

Autor correspondente:
Roberta Magda Martins Moreira
E-mail: robertamoreiraenf@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-8225-7576>

Copyright © 2020 SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY-NC.
Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, e embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.