

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

TESE DE DOUTORADO

**TRANSTORNOS DE HUMOR, RELIGIOSIDADE E RISCO DE  
SUICÍDIO EM ADULTOS JOVENS:  
UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

DANIEL CHAVES VIEIRA

ORIENTADOR

PROF. DR. PEDRO VIEIRA DA SILVA MAGALHÃES

COORIENTADOR

PROF. DR. FLÁVIO KAPCZINSKI

Porto Alegre, 2017

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

TESE DE DOUTORADO

**TRANSTORNOS DE HUMOR, RELIGIOSIDADE E RISCO DE SUICÍDIO EM  
ADULTOS JOVENS:  
UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Daniel Chaves Vieira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Vieira da Silva Magalhães

Coorientador: Prof. Dr. Flávio Kapczinski

Porto Alegre, 2017.

### CIP - Catalogação na Publicação

Vieira, Daniel Chaves  
TRANSTORNOS DE HUMOR, RELIGIOSIDADE E RISCO DE  
SUICÍDIO EM ADULTOS JOVENS: UM ESTUDO DE BASE  
POPULACIONAL / Daniel Chaves Vieira. -- 2017.  
131 f.  
Orientador: PEDRO VIEIRA DA SILVA MAGALHÃES.

Coorientador: FLÁVIO KAPCZINSKI.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-  
Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento,  
Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Suicídio. 2. Transtorno de humor. 3.  
Religiosidade. 4. Adulto jovem. 5. Amostra  
comunitária. I. MAGALHÃES, PEDRO VIEIRA DA SILVA,  
orient. II. KAPCZINSKI, FLÁVIO, coorient. III.  
Título.

*À Rebeca, com Amor.*

*“Ce n’est pas que le suicide soit toujours de la folie. Mais en général, ce n’est pas dans un accès de raison que l’on se tue.”*

Voltaire  
- Lettre à M. Mariott -  
26 de fevereiro de 1767

## **Agradecimentos**

Em primeiro e destacado lugar, agradeço profundamente ao caríssimo Professor Pedro Vieira da Silva Magalhães que, de forma absolutamente admirável, colaborou enormemente em todos os aspectos desse trabalho. Suas ímpares habilidades como orientador, professor e líder de equipe de pesquisa são realmente notáveis. Felizes daqueles que tiverem oportunidade de sua convivência; profissional ou pessoal.

Como não agradecer largamente também ao ilustre prof. Flávio Kapczinski, orientador do meu mestrado e coorientador desta tese, que me acolheu junto a este destacado Programa de Pós-Graduação, através de seu internacionalmente reconhecido grupo de pesquisa. Na esteira, agradeço a todos os amigos do Laboratório de Psiquiatria Molecular, antigos e novos, pesquisadores excelentes e pessoas sensacionais, um grupo harmonioso e de sucesso.

Em especial, agradeço a todos do grupo de pesquisa de Pelotas, que conceberam e realizaram os projetos originais que geraram os dados aqui analisados. O grupo é enorme, envio meu agradecimento sincero a todos através dos nomes dos professores; Karen Jansen, Ricardo Silva, Luciano Souza, Thaíse Mondin e Fernanda Moreira. Ressalte-se o enorme empenho e dedicação de cada um na realização desse longo e extenso trabalho. Assim como, agradeço a gentil oportunidade de análise em conjunto dos dados aqui apresentados.

Destaco ainda um agradecimento particular para Taiane de Azevedo Cardoso, que participou de parte dos estudos originais e, em muito, contribuiu com todo o material apresentado nessa tese. Muitíssimo grato por todo o inestimável apoio, aprendizado e excelente convívio.

Agradeço aos jovens Pelotenses que altruisticamente participaram do projeto, gerando valiosos dados de pesquisa, que tem por cabo contribuir com a saúde emocional da população em geral.

À família e aos amigos que, indiferentes à eventual distância, sempre se fizeram presentes, de inúmeras formas. Denoto aqui uma gratulação especial aos meus pais, eternas fontes de inspiração acadêmica, mas, muito mais do que isso; agradeço profundamente a eles por todos os cuidados a mim dedicados e por serem os grandes responsáveis pela minha formação em geral.

E, por fim, um agradecimento amoroso especial aos filhos: Mateus (com quase 3 anos), Beatriz (prestes a chegar) e quem sabe mais um(a) no futuro. Esses filhos, desde sempre, tão amados à farta me servem de inspiração e motivação para as batalhas do cotidiano, em busca de um mundo melhor; para eles e para todos. Que através dos estudos dos pais e dos familiares possam incrementar algum ligame extra por essa eterna busca de aprendizados, mas que, sobretudo, motivem-se para, simplesmente, fazer o seu melhor possível, por todos, sempre.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
RESUMO.....	12
ABSTRACT.....	14
1. APRESENTAÇÃO.....	15
2. INTRODUÇÃO.....	16
2.1 SUICÍDIO NO BRASIL E NO MUNDO.....	16
2.2 SUICÍDIO EM JOVENS.....	18
2.3 QUESTÕES TERMINOLÓGICAS DA “SUICIDALIDADE”.....	19
2.4 O RISCO DE SUICÍDIO NOS JOVENS.....	21
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
3.1. TRANSTORNOS DE HUMOR E RISCO DE SUICÍDIO EM ADULTOS JOVENS.....	23
3.2. RELIGIOSIDADE E RISCO DE SUICÍDIO EM ADULTOS JOVENS....	27
4. OBJETIVOS.....	31
5. METODOLOGIA.....	32
6. ASPECTOS ÉTICOS.....	36
7. ARTIGOS.....	37
7.1 MOOD DISORDERS AND PROSPECTIVE SUICIDALITY IN YOUNG ADULTS: A POPULATION-BASED COHORT STUDY.....	37
7.2 RELIGIOUS AFFILIATION, RELIGIOUS SERVICE ATTENDANCE AND SUICIDALITY IN YOUNG ADULTS: A BRAZILIAN POPULATION-BASED COHORT STUDY.....	58



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	84
QUESTIONÁRIO FASE 1.....	84
QUESTIONÁRIO FASE 2.....	109

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ASSIST	do inglês, <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CDC	do inglês, <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
GEE	do inglês, <i>Generalized Estimating Equations</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MINI	do inglês, <i>Mini-International Neuropsychiatric Interview</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
THB	Transtorno de Humor Bipolar
RR	do inglês, <i>risk ratios</i>
RS	Rio Grande do Sul
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHO

do inglês, *World Health Organization*

## RESUMO

**OBJETIVOS:** Avaliar associações prospectivas dos transtornos de humor e da religiosidade com o risco de suicídio em adultos jovens provenientes da população geral.

**MÉTODO:** Coorte prospectiva de base populacional. Adultos jovens (18-24 anos) foram recrutados e acompanhados em média cinco anos depois. Risco de suicídio, transtornos de humor e de ansiedade foram avaliados usando o *Mini-International Neuropsychiatric Interview*. Transtornos por uso de substâncias foram avaliados utilizando o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. A religiosidade foi avaliada na linha de base e agrupada de acordo com a afiliação religiosa e de acordo com a frequência de participação.

**RESULTADOS:** A amostra incluiu 1560 adultos jovens na linha de base, com 1244 reavaliados no seguimento (80,6%). Os episódios depressivos, tanto atuais como prévios, tiveram um impacto significativo no risco de suicídio. Os episódios maníacos prévios, no entanto, foram associados com uma menor consistência a um risco de suicídio. Nenhuma associação da religiosidade com o risco de suicídio foi encontrada nas duas etapas da pesquisa. Este resultado permaneceu na análise em todas as afiliações religiosas, mesmo quando subdivididas de acordo com a frequência de participação.

**CONCLUSÕES:** Os episódios depressivos têm um robusto efeito prospectivo, independente, sobre o risco de suicídio. O efeito dos episódios maníacos, por outro lado, foi dependente da análise e merece uma melhor investigação. Embora existam evidências prévias sugerindo um papel protetor da religiosidade sobre o risco de suicídio, essas não foram confirmadas nessa amostra específica de adultos jovens.

PALAVRAS-CHAVE: suicídio, transtorno de humor, religiosidade, adulto jovem, amostra comunitária.

## ABSTRACT

**OBJECTIVES:** To assess the prospective associations of mood disorders, religiosity and suicidality in a community sample of young adults.

**METHODS:** Prospective population-based cohort study. Young adults (18-24 years old) were recruited and followed-up five years later. Suicidality, mood and anxiety disorders were assessed using the Mini-International Neuropsychiatric Interview. Substance use disorders were assessed using the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. Religiosity were assessed at baseline and grouped according to religious affiliation and according to attendance frequency.

**RESULTS:** The sample included 1560 young adults at baseline, with 1244 reassessed at follow-up (80.6%). Depressive episodes, both current and past had a significant impact on suicidality. Previous manic episodes, however, were less consistently associated with suicidality. No association of religiosity with suicidality was found in the two waves of the research. This effect is maintained in all religious affiliations, even when subdivided the analysis according to the frequency of attendance in religious service.

**CONCLUSIONS:** Depressive episodes have an independent and robust effect on prospective suicidality. The effect of manic episodes, on the other hand, was dependent on the analysis and deserves further exploration. Although there is prior general evidence suggesting a protective role of religiosity on suicidality, these were not confirmed in this specific sample of young adults.

**KEYWORDS:** suicide, mood disorder, religiosity, young adult, community sample.

## 1. APRESENTAÇÃO

Estudos indicam preocupantes e crescentes índices de suicídio em jovens. Os transtornos de humor são fortemente associados com o incremento do risco de suicídio nessa população. Por outro lado, a religiosidade costuma aparecer como um possível fator de proteção, ainda que de forma menos consistente na faixa etária dos adultos jovens.

Estudos de base populacional, especialmente os longitudinais, soem proporcionar informações adicionais relevantes, que em muito contribuem para uma melhor compreensão das associações entre patologias, estilos de vida e desfechos clínicos específicos, como o risco de suicídio.

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é avaliar associações prospectivas dos transtornos de humor e da religiosidade em relação ao risco de suicídio de adultos jovens oriundos de uma amostra comunitária.

A tese é a apresentada de forma a dar ênfase aos artigos produzidos.

O primeiro enfatiza o papel prospectivo dos transtornos de humor sobre o risco de suicídio, sob o título de: *Mood disorders and prospective suicidality in young adults: a population-based cohort study*. Foi publicado na revista *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

O segundo artigo trata de aspectos da religiosidade e suas possíveis associações longitudinais com o risco de suicídio. Será submetido à publicação sob o título de: *Religious affiliation, religious service attendance and suicidality in young adults: a Brazilian population-based cohort study*.

Ao final, são apresentadas as principais conclusões dos estudos, assim como, são explanadas considerações finais acerca dos temas investigados.

## 2. INTRODUÇÃO

### 2.1 SUICÍDIO NO BRASIL E NO MUNDO

Apesar de o suicídio ser considerado como uma morte evitável (Zainum et al., 2017), ainda assim, a cada 40 segundos, uma pessoa retira a própria vida em alguma parte do mundo (WHO, 2014).

O suicídio e seus correlatos são temas de grande relevância, não somente por sua óbvia gravidade, mas também por conta de seus números; tão expressivos e preocupantes. Nesse sentido, observa-se que cerca de 900.000 pessoas têm falecido por suicídio a cada ano (Lopez et al., 2006). Dados de 2012 da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o suicídio representou 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se a 15ª causa geral de morte (WHO, 2014). Esse mesmo estudo da OMS enfatiza que essas mortes “inesperadas” atingem taxas médias mundiais de 11,4 / 100.000 habitantes por ano, sendo 15,0 / 100.000 para homens e 8,0 / 100.000 para mulheres.

No Brasil, em 2008, o suicídio correspondeu a 0,6% do total de mortes, atingindo uma taxa anual de 4,9 mortes por 100.000 habitantes, colocando-o na 73ª posição do *ranking* mundial, porém no preocupante grupo de países com taxas crescentes de suicídio (Minayo et al., 2012). Nesse sentido, dados brasileiros do sistema de informação sobre mortalidade, revelam taxas oficiais de suicídio crescentes, apesar de ainda a média nacional estar bem abaixo dos números encontrados em certos países da Europa Oriental. Segundo Martins Junior e colaboradores, as taxas de suicídio no Brasil oscilam de 3,3 / 100.000 habitantes em 1980 até 5,3 / 100.000, em 2012. Comparativamente, esses mesmos autores citam as seguintes taxas nos países que lideram o *ranking* de suicídios: Lituânia (30,72 / 10<sup>5</sup>), Rússia (27,40 / 10<sup>5</sup>), Bielorrússia (25,26 / 10<sup>5</sup>),



Hungria (21,53 / 10<sup>5</sup>), Ucrânia (19,54 / 10<sup>5</sup>), Finlândia (18,45 / 10<sup>5</sup>) e Letônia (17,84 / 10<sup>5</sup>) (Martins Junior et al., 2016).

De fato, os números revelam importantes variações nas taxas de suicídio de acordo com regiões e países. Nesse contexto, cabe mencionar as notórias discrepâncias também encontradas dentro do extenso território brasileiro. Dados do Ministério da Saúde (DATASUS, 2013), apontam 5,01 óbitos / 100.000 habitantes como a média nacional em 2013, enquanto o estado do Rio Grande do Sul atingiu valores de 10,18 óbitos / 100.000 referentes ao mesmo ano. Já o estado do Rio de Janeiro registrou somente 1,36 óbitos / 100.000 habitantes, de acordo com a mesma fonte, ainda em 2013. Nesse contexto, a própria Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) adverte que os números brasileiros devem ser analisados com cautela, pois além da grande variabilidade regional nas taxas, pode haver uma subnotificação do número de suicídios em algumas localidades.

Em suma, as taxas de suicídio no Brasil são consideráveis e ainda crescem. O quanto esse aumento decorre de um efetivo incremento de óbitos por suicídio ou o quanto decorre de um aprimoramento dos registros, ainda não é possível precisar totalmente. O fato é que esses números parecem merecer atenção e intervenção.

## 2.2 SUICÍDIO EM JOVENS

Todo suicídio consumado tem um efeito devastador, contudo, quando uma vida jovem é ceifada, o choque é ainda muitas vezes maior (Wasserman et al., 2012). A própria OMS enfatiza que tais mortes precoces, evitáveis, resultam em enormes prejuízos para a economia mundial e para a saúde emocional de indivíduos, famílias, comunidades e países (WHO, 2014).

Se os números globais do suicídio já são extremamente preocupantes, esses números se tornam ainda mais relevantes quando analisados em faixa etárias específicas; a dos jovens, em especial. Entre 15 e 29 anos de idade, o suicídio representa 8,5% de todas as mortes e é classificado como a segunda principal causa de óbito, atrás apenas dos acidentes de trânsito (WHO, 2014).

A preocupação com esses números não decorre apenas de seus valores, mas também pelo fato de que dados epidemiológicos sugerem que eles sejam crescentes entre os jovens (Cash et al., 2009). Enquanto em 1950, 40% dos suicídios eram cometidos por indivíduos abaixo de 45 anos de idade, no ano de 1998, esse percentual subiu para 55% dos casos (Bertolote et al., 2002).

De acordo com dados brasileiros, disponibilizados através da ABP, entre 2000 e 2012, houve um aumento de mais de 30% na quantidade de suicídios entre os jovens (ABP, 2014).

### 2.3 QUESTÕES TERMINOLÓGICAS DA “SUICIDALIDADE”

Segundo Gutiérrez e colaboradores, o comportamento suicida é um processo contínuo que vai desde a ideação de morte em suas diferentes formas de expressão, passando por ameaças, gestos, atos, tentativas, até atingir o suicídio propriamente dito. Qualquer um destes elementos deve ser considerado um fator de risco para o suicídio (Gutiérrez et al., 2009).

Contudo, essa amplitude de variáveis que envolvem esse *espectro suicida* (Jiménez-Treviño et al., 2015) podem, por vezes, proporcionar confusões interpretativas sobre o que deve ser considerado de fato como risco para comportamentos suicidas. Nesse sentido, Posner e colaboradores defendem que a capacidade dos médicos para avaliar com precisão o risco de suicídio tem sido comprometida pela falta de terminologias bem definidas, assim como, pela escassa compreensão sobre o que pode constituir um comportamento de risco suicida (Posner et al., 2007). Conseqüentemente, eventuais comportamentos não suicidas (como algumas "auto-mutilações" sem qualquer intenção letal) podem ser rotulados como tentativas de suicídio, enquanto comportamentos suicidas podem ser desprezados, levando a interpretações equivocadas, tanto em contextos clínicos, quanto de pesquisa (Posner et al., 2007). No intuito de tentar diminuir tais equívocos, recomenda-se o uso de termos padronizados para classificar desde o espectro da ideação ao comportamento suicida em geral (DeLeo et al., 2006).

Nesse contexto, para melhor compreender e planejar estratégias de prevenção para o suicídio, um número crescente de estudos tem optado pelo uso do termo “suicidalidade” (do inglês, *suicidality*), por ser justamente mais abrangente, porém, ainda assim, restrito em relação ao tema do risco de suicídio (Schneider et al., 2012). O termo *suicidality* não é novo, já se fazendo presente em artigos científicos internacionais no início dos anos de 1990 (Myers et al., 1991). Seu uso e sua relevância decorrem justamente de seu significado mais amplo, englobando inúmeros aspectos que possam estar associados com

a tendência de uma pessoa cometer suicídio. “Suicidalidade” engloba idéias e comportamentos suicidas, distinguindo-a de outras formas não suicidas de auto-agressão (Ten et al., 2009). A “suicidalidade” inclui pensamentos, planos e tentativas de suicídio; investigar a “suicidalidade”, e não apenas o suicídio, é crucial, pois permite entender os diversos fatores de risco para o suicídio (Zalsman et al., 2016).

Todavia, apesar de sua relevância, o termo “suicidalidade” ainda não consta oficialmente na língua portuguesa (VOLP, 2017). Não obstante, seu uso já é considerável na literatura científica em português, compondo inclusive o título de dissertações e artigos (Bauer, 2014). Outra terminologia importante, de significado bastante próximo, com validade oficial na língua portuguesa, de uso robusto e consagrado, seria “risco de suicídio”. Mesmo em inglês, os termos *suicidality* e *suicide risk*, não raro, são utilizados como sinônimos (Randon et al. 2007). Uma potencial ressalva pertinente ao uso da expressão “risco de suicídio” ao invés de “suicidalidade” decorre da confusão possivelmente ocasionada ao leitor sobre o também consagrado uso do “risco de suicídio” como instrumento de análise e classificação de risco agudo, iminente, de suicídio (Silverman et al. 2014). Nesse contexto, “risco de suicídio” eventualmente pode perder robustez de abrangência. Já o termo “suicidalidade”, naturalmente, não tende a soar estrito, o que facilita seu uso com um sentido mais amplo (Meyer et al. 2010).

Desta forma, esclarecida a questão, nesta tese, opta-se pela menção de ambos os termos. Com certo predomínio do uso de “risco de suicídio”, por respeito à norma, nas partes em português. Enquanto que, alternativamente, nos artigos (em inglês), predomina o uso do termo *suicidality*.

## 2.4 O RISCO DE SUICÍDIO NOS JOVENS

Uma pesquisa representativa de estudantes de ensino médio dos Estados Unidos indicou que no ano anterior 15,8% tinham sérios pensamentos de suicídio, 12,8% tinham elaborado um plano de suicídio e 7,8% fizeram uma tentativa de suicídio (Eaton et al., 2012). Nesse contexto, recorda-se que os comportamentos suicidas não letais ocorrem pelo menos 10 vezes mais do que os óbitos por suicídio (Nock et al., 2008) e que uma tentativa de suicídio não fatal é o preditor mais forte para um suicídio consumado (Bostwick et al. 2016). Outro estudo americano realizado com jovens do Ensino Médio demonstrou que 12,1% já pensaram em suicídio e 11,5% já haviam planejado suicidar-se (Jiang et al., 2010). Além disso, dados da literatura sugerem uma extensa temporalidade de tais riscos, nesse sentido, a ideação suicida na adolescência esteve associada a um risco aumentado de pensamentos e comportamentos suicidas no início da vida adulta (Fergusson et al., 2000).

Os fatores de risco para suicídio em jovens são diversos, complexos e ainda não totalmente compreendidos. As mudanças nessa fase da vida são muito rápidas e intensas. Com poucos anos de diferença, os entornos da vida podem mudar radicalmente, com implicações diretas sobre a saúde mental dos jovens em transições acadêmicas, econômicas, afetivas e de estilo de vida (Arnett et al., 2000).

Nesse sentido, observa-se uma razoável literatura sobre o risco de suicídio em adolescentes, adultos e idosos. Porém, aqueles anos que fazem a transição da adolescência para a vida adulta plena parecem ainda carecer de maior atenção acadêmica específica. Enxergando e ressaltando essas implicações peculiares sobre a saúde mental daqueles que transitam da adolescência para a vida adulta, Arnett e colaboradores propõem que se considere essa transição como “idade adulta emergente” (do inglês, *emerging adulthood*) e que esta etapa seja encarada como um novo estágio de vida, dada a relevância de suas particularidades (Arnett et al., 2014). O autor sugere que

esse grupo seja composto por aqueles com idades entre 18 e 29 anos, considerando as questões contemporâneas que atualmente envolvem a maioria dos indivíduos nessa etapa.

Nesse contexto, dados americanos do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) revelam diferenças interessantes, reforçando possíveis peculiaridades no risco de suicídio dos jovens em “idade adulta emergente” quando comparados com os adolescentes da mesma localidade. Em 2013, por exemplo, as taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio diminuíram após o final da adolescência, não obstante, as taxas de mortalidade por suicídio foram maiores para aqueles entre as idades de 20 e 24 anos (12,5 por 100.000) do que para os adolescentes entre 15 e 19 anos de idade (7,5 por 100.000) (CDC, 2013).

Horwitz e colaboradores sintetizam a questão afirmando que esse período específico do desenvolvimento costuma ser caracterizado por transições de vida significativas, como, por exemplo, a graduação no ensino médio e a entrada na faculdade ou na força de trabalho. Sem o estabelecimento de mecanismos de enfrentamento adequados ou sem o devido suporte para lidar com esses e outros desafios, tais dificuldades podem se traduzir em risco de suicídio aumentado, específico para essa população (Horwitz et al., 2015).

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1. TRANSTORNOS DE HUMOR E RISCO DE SUICÍDIO EM ADULTOS JOVENS**

Os transtornos de humor estão fortemente associados com óbitos por suicídio, assim como, com um maior risco de ideação e tentativa de suicídio em geral (Ten et al. 2009). Em um estudo que avaliou mais de 15.000 mortes por suicídio (Bertolote et al., 2002), os transtornos de humor foram a psicopatologia mais prevalente (35,8%), seguidos de transtornos relacionados ao uso de substâncias (22,4%), transtornos de personalidade (11,8%), esquizofrenia (10,6%) e ansiedade / alterações somatoformes (6,1%). Outro estudo mostrou que o suicídio representa 10,2% das causas de morte em indivíduos com transtornos de humor e 1,8% em indivíduos sem transtornos de humor (Mattisson et al., 2015).

O suicídio é a principal razão para o aumento da mortalidade na depressão (Simon et al., 2006). As ideações suicidas são fortemente preditivas de tentativas de suicídio e de suicídio (Sokero et al., 2003). Dentre os indivíduos com transtorno depressivo, 20% a 65% daqueles que morreram por suicídio tiveram tentativas de suicídio anteriores (Oquendo et al., 2002). O transtorno depressivo é o diagnóstico mais comum em adolescentes que se suicidam e é altamente prevalente naqueles com idéias e tentativas de suicídio (Posner et al., 2007). De uma forma geral, os jovens que relatam ideação suicida ou fazem uma tentativa de suicídio formam uma população de risco para subseqüentes comportamentos suicidas, assim como, para episódios depressivos (Fergusson et al., 2000). Em estudo com quase 40 mil jovens franceses, os sintomas depressivos apareceram como significativos preditores independentes para tentativas de suicídio ao longo da vida (Roscoät et al., 2016).

Em relação ao transtorno de humor bipolar (THB), o risco de óbito por suicídio nessa patologia encontra-se entre os maiores de todos os transtornos psiquiátricos (Baldessarini et al., 2003). Ao menos uma tentativa de suicídio ocorre entre 25% e 50% dos indivíduos com THB e entre 8% e 19% dos pacientes com THB tende a morrer por suicídio (Goodwin et al., 1990). Indivíduos com THB têm um aumento de 20 a 30 vezes na mortalidade por suicídio em comparação com indivíduos sem o transtorno, da mesma idade e sexo (Angst et al., 2002).

Segundo estudos de Isometsä, quando alguns fatores específicos são sobrepostos ao episódio de humor, o risco de suicídio tende a aumentar de forma ainda mais significativa. Dentre esses fatores, são mencionados: a comorbidade com outros transtornos mentais (abuso de substâncias, transtornos de ansiedade, transtorno de personalidade borderline), negligência ou abusos na infância, além de traços de impulsividade e agressividade (Isometsä, 2014).

A idade de início do transtorno de humor também aparece como um importante fator prognóstico, restando aqueles indivíduos com um início precoce mais comumente associados com piores desfechos clínicos, incluindo um maior risco de suicídio (Rajewska-Rager et al., 2015). Nesse sentido, a ideação suicida na adolescência está associada a um aumento do risco de pensamentos e comportamentos suicidas no início da idade adulta (Fergusson et al., 2000).

Em um dos poucos estudos longitudinais comunitários envolvendo essa faixa etária, Kerr e colaboradores sugeriram que sintomas depressivos na adolescência pudessem estar associados com um maior risco de suicídio posterior, averiguado entre 18 e 25 anos de idade (Kerr et al., 2013).

Nesse sentido, ainda que o tema careça de maior investigação, alguns mecanismos descritos na literatura corroboram com a hipótese de que episódios de humor prévios poderiam, de diferentes formas, favorecer para um risco de suicídio aumentado em adultos jovens, independentemente da presença de um episódio de humor atual.



Nesse contexto de hipóteses explicativas, poder-se-ia considerar a questão de um eventual estigma proporcionado por um episódio de humor grave na adolescência, gerando repercussões negativas em longo prazo (Lazowski et al., 2012). Como exemplo simples, considera-se o eventual impacto social de uma internação psiquiátrica após tentativa de suicídio de um adolescente ou mesmo uma eventual exposição degradante decorrente de episódio maníaco. O jovem poderia potencialmente melhorar seu estado de humor, mas ainda assim padecer de graves questões relacionadas ao estigma social vinculado ao episódio de humor vivenciado e isso, de algum modo, ainda proporcionar prejuízo clínico, eventualmente associado a um risco de suicídio aumentado (Sirey et al., 2001).

Outra questão que é fortemente relacionada com o prognóstico dos pacientes com transtornos de humor e que ainda carece de exploração em pacientes mais jovens é a neuroprogressão dos transtornos mentais (Moylan et al., 2013; Muneer et al., 2016). Este tema tem sido alvo de diversas pesquisas, sendo comumente associado a desfechos desfavoráveis, incluindo aumento da chance de suicídio (Hawton et al.), que tende a superar os episódios de humor iniciais (Kapczinski et al., 2017; Cardoso et al., 2015). Apesar da maioria das populações pesquisadas nesse tema ser de maior faixa etária, um recente estudo analisou o cérebro de 24 adolescentes vítimas de suicídio e notoriamente já encontrou sinais de neuroprogressão nesses casos (Pandey et al., 2017). Pensar em possível efeito da neuroprogressão de um transtorno de humor grave, com origem na infância, já manifestando prejuízos clínicos, incluindo risco de suicídio aumentado no início da vida adulta, seria outra hipótese a ser aventada em alguns casos.

Ampliando esse campo de diferentes mecanismos com potenciais efeitos longitudinais dos episódios de humor sobre o risco de suicídio, Lau e colaboradores pressupõem que o humor depressivo pode gerar padrões de cognições suicidas e de desesperança que podem permanecer intactas, mesmo após a remissão dos sintomas de humor. Conseqüentemente, futuras mudanças

de humor, mesmo que relativamente pequenas, poderiam reativar ideações suicidas em pacientes depressivos (Lau et al., 2004). Outros autores reforçam essa teoria, argumentando que ela poderia de certa forma explicar a razão pela qual a ideação suicida tende a recidivar mais que outros sintomas depressivos entre os episódios depressivos (Williams et al., 2006).

Em suma, conforme referendado, aspectos inerentes às peculiaridades da “idade adulta emergente”, além de possíveis comorbidades, aspectos sociais, mecanismos neurobiológicos e psicológicos poderiam, de diferentes formas, contribuir para um incremento do potencial risco de suicídio em adultos jovens com transtornos de humor. Contudo, parece ainda carecer de investigação se esses, e outros tantos possíveis mecanismos não mencionados, poderiam contribuir para que um episódio de humor prévio implique em um risco de suicídio aumentado em adultos jovens, à revelia de um transtorno de humor atual.

Uma melhor compreensão dos inúmeros aspectos que podem contribuir com um eventual risco de suicídio longitudinal nos transtornos de humor parece importante, pois a preocupação com essas mortes evitáveis é perene. Ainda mais que, apesar de um incremento na qualidade e no acesso aos tratamentos, não houve diminuição significativa nos pensamentos suicidas ou nas tentativas de suicídio em geral (Kessler et al., 2005), assim como, tampouco houve redução nos óbitos por suicídios na população jovem que, ao contrário, segue com números que revelam preocupante elevação (Cash et al., 2009).

### 3.2. RELIGIOSIDADE E RISCO DE SUICÍDIO EM ADULTOS JOVENS

As possíveis relações entre religiosidade e suicídio têm sido objeto de estudos há mais de um século (Durkheim, 1951b). Atualmente, prevalece certo consenso na literatura de que a religiosidade tende a desempenhar algum papel protetor contra o suicídio (Wu et al., 2015). No entanto, também parece haver comum entendimento de que esse papel protetor não ocorre de forma absoluta, geral, mas apenas em alguns contextos específicos, ainda não totalmente elucidados (Lester et al., 2017; Lawrence et al., 2016).

Nesse sentido, alguns estudos relataram que as taxas de tentativa de suicídio e de ideação suicida tendem a ser menores entre as pessoas que têm alguma afiliação religiosa (Carli et al., 2014), assim como, dentre aqueles que freqüentam serviços religiosos com maior assiduidade (Langille et al., 2012; Nkansah-Amankraet al., 2012).

No entanto, interessantemente, tais estudos existem ao lado de outro significativo número de estudos que não encontraram nenhuma relação protetora entre a religiosidade e o risco de suicídio (Chatters et al., 2011; Hamdan et al., 2012; Huguelet et al., 2007; Le et al., 2012; Stroppa et al., 2013).

De forma ainda mais intrigante, alguns poucos estudos sugerem inclusive o possível efeito inverso. Ou seja, revelaram que a prática religiosa poderia estar associada com um risco de suicídio aumentado em alguns contextos (Mihaljevic et al., 2012; Stratta et al., 2012; Zhao et al., 2012).

Muitas hipóteses foram levantadas para tentar compreender melhor os mecanismos inerentes à relação entre a religiosidade e o risco de suicídio. Nesse sentido, Christopher e colaboradores sugeriram que a religiosidade poderia contribuir com melhores desfechos clínicos, pois ajudaria seus adeptos a lidarem melhor com os estresses da vida, reduziria a incidência de depressão e o uso indevido de substâncias, assim como, forneceria fontes de esperança e

de significado, facilitaria a recuperação de episódios depressivos e ainda incrementaria a rede de apoio social (Christopher , 2014). Outro estudo, além de apontar que a religiosidade costuma estar associada a um menor risco de suicídio em pacientes depressivos, propôs possíveis mecanismos subjacentes adicionais; que as objeções religiosas (dogmáticas) ao suicídio contribuiriam para diminuição de sua prática e que, além disso, seus adeptos tenderiam a apresentar um menor nível de agressividade em geral, de forma a também corroborar como um fator protetor para tentativas de suicídio (Dervic et al., 2004).

O assunto é, sem dúvidas, bastante amplo e complexo. Nesse sentido, uma revisão sistemática recente sobre religiosidade e risco de suicídio enfatizou que multifases de cada um dos temas dificultam a análise de suas eventuais conexões, uma vez que os fatores de risco para o suicídio englobam múltiplas dimensões (ideação, tentativa, consumação), assim como, também são intrincados os aspectos que circundam a religiosidade (afiliação, participação, doutrina), além de ambos ainda sofrerem fortes influências dos aspectos sociais e culturais de cada comunidade (Lawrence et al., 2016).

Neste contexto, o uso de termos consensuais na literatura científica que pesquisa religiosidade (e risco de suicídio) facilita a compreensão, clareando quais aspectos de cada tema podem estar em análise. Nesse sentido, observa-se que o termo *religiosidade* merece destaque, pois, apesar de não dispor de estrita definição e padronização de uso, costuma remeter à pluralidade do tema, conseguindo englobar em si múltiplos aspectos de assunto tão complexo. Assim, a religiosidade, além da afiliação, considera outros aspectos relevantes da vivência religiosa de cada indivíduo (Mandhouj et al., 2016), como a frequência de participação em atividades religiosas e outras possíveis características em investigação ou não; como a fé, a devoção e as crenças . Boa parte dos estudos tem focado em dois aspectos centrais da religiosidade: a afiliação religiosa e a frequência de participação. Considerando que cada afiliação religiosa carrega em si fortes questões socioculturais, considerá-las e mesmo compará-las tem

produzido alguns estudos na área (Norko et al., 2017; Spoerri et al., 2010). Outrossim, a análise específica da frequência de participação revelou um incremento protetor contra o risco de suicídio nos adeptos com participação semanal em comparação com outros indivíduos pertencentes à mesma religião, mas que não a freqüentavam com assiduidade (VanderWeele et al., 2016).

Em meio a essa profusão de questões complexas envolvendo a análise da religiosidade e do risco de suicídio, outro aspecto primordial também merece destaque: a amostra. Nesse sentido, enquanto a maioria das amostras comunitárias associa a religiosidade com menor risco de suicídio, um estudo com amostra clínica revelou o oposto, mostrando que pacientes bipolares depressivos que tinham um alto envolvimento religioso cursavam com aumento do risco de comportamento suicida (Azorin et al., 2013).

Outro aspecto importante acerca da amostra é considerar a comunidade onde se encontram inseridos os participantes, enfatizando as possíveis influências socioculturais locais. Em alguns lugares, uma determinada afiliação religiosa pode facilitar a conexão da pessoa com os recursos da comunidade, enquanto noutros locais a afiliação poderia contribuir para o isolamento da pessoa (Lawrence et al., 2016). Nesse sentido, elucidando um dos estudos que relacionaram a prática religiosa com o aumento do risco de suicídio, os dados sugerem que na zona rural da China, a religiosidade aumenta o risco de suicídio entre os adultos jovens da região, enquanto o envolvimento na Liga da Juventude Comunista teria uma associação protetora (Zhao et al., 2012).

Nesse mesmo contexto de diferenças entre comunidades, observa-se que os participantes de estudos de algumas localidades com religiões massivamente dominantes naturalmente proporcionam amostras em que a imensa maioria pertence a uma única afiliação religiosa, como em recente estudo israelense com amostra restrita a judeus (Burshtein et al., 2016). Já em outras comunidades, como a do Rio Grande do Sul (RS), uma diversidade maior de afiliações religiosas é encontrada, conforme mostram os dados do censo de

2010: 68,8% católicos, 18,3% evangélicos / protestantes, 3,2% espíritas, 1,5% religiões afro-brasileiras, 2,9% outras religiões e 5,3% sem religião (IBGE, 2010).

Outro aspecto interessante envolvendo o tema e a população-alvo dessa tese diz respeito ao número de pessoas sem religião. Ainda que estudos apontem que até 84% da população mundial siga afiliada a uma estrutura de crença religiosa, há indicativos de que o número de pessoas sem religião parece aumentar, especialmente entre os jovens, que detêm a maior taxa de crescimento de agnósticos (Pew Fórum, 2012). De acordo com outra pesquisa, do *Gallup International Institute*, que entrevistou mais de 50 mil pessoas em 57 países, o número de pessoas com afiliações religiosas caiu de 77% para 68% entre 2005 e 2011, enquanto que o número daqueles que se identificaram como ateus aumentou (WIN-Gallup International, 2012).

Por fim, ainda em relação à amostra, destaca-se que a faixa etária dos participantes é outro aspecto que parece merecer atenção especial. Nesse sentido, enquanto alguns estudos sugerem que a religiosidade tende a associar-se menos com a redução do risco de suicídio em jovens do que em idosos (Spoerri et al., 2010), outros sinalizam uma forte associação protetora da religiosidade sobre o risco de suicídio em adultos jovens (Toissant, 2015). Ainda na análise específica de adultos jovens, outro interessante estudo sugere que o envolvimento em atividades religiosas estaria associado a comportamentos suicidas reduzidos entre os adolescentes, porém esse efeito diminuiria na chamada idade adulta emergente (Nkansah-Amankra, 2012).

Desta forma, mais estudos parecem necessários para que se prossiga na compreensão das possíveis conexões entre a religiosidade e o risco de suicídio. Tais pesquisas devem considerar que cada comunidade pode apresentar resultados próprios, não uniformes, e que a análise segmentada de faixas etárias específicas também parece ser algo relevante, além, é claro, da importância de se detalhar aspectos essenciais da religiosidade, como a afiliação religiosa e a frequência de participação.

## **4. OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

- Analisar aspectos relacionados aos transtornos de humor, religiosidade e risco de suicídio em adultos jovens de uma amostra comunitária.

### **Objetivos específicos**

- Avaliar associações prospectivas de episódios depressivos e maníacos em relação ao risco de suicídio de adultos jovens.
- Avaliar associações prospectivas de diferentes afiliações religiosas e de diferentes padrões de frequência em atividades religiosas em relação ao risco de suicídio de adultos jovens.

## **5. METODOLOGIA**

### **MATERIAL E MÉTODOS**

#### **População:**

Amostra populacional de jovens de 18 a 24 anos, residentes na área urbana de Pelotas – RS.

O tamanho da amostra originalmente foi calculado com base em estimativa de risco de suicídio nessa população, considerando uma confiabilidade de 95%, além de previsão de perdas e recusas; a amostra necessária foi inicialmente estimada em 1448 participantes.

A seleção amostral dos participantes foi realizada entre 2007 a 2008, por conglomerados, considerando dados do IBGE que apontavam uma população de 39.667 jovens na faixa etária de 18 a 24 anos, dispersos em 448 setores na cidade (IBGE, 2008). Destes, 89 setores censitários foram sorteados. A seleção dos domicílios nos setores conscritos foi realizada de acordo com uma amostragem sistemática, sendo o primeiro domicílio a residência da esquina pré-estabelecida pelo IBGE como início do setor, o intervalo de seleção foi determinado por um salto de dois domicílios entre os sorteados. Todos os elegíveis (n = 1762) foram convidados a participar, dos quais 1560 aceitaram o convite e compuseram a amostra em análise nesta tese. Maiores detalhes da seleção podem ser observados em estudos anteriores (Jansen et al., 2011).

#### **Delineamento:**

Estudo de coorte de base populacional.



**Descrição do estudo:**

Este é um estudo prospectivo, em duas ondas. A primeira ocorreu entre 2007 e 2008, e a segunda onda ocorreu entre 2012 e 2014, uma média de cinco anos após a primeira fase.

Dos 1560 participantes iniciais, foram localizados e convidados para participar da segunda fase do estudo 1244 indivíduos (80,6%). Além desses, 14 foram confirmados falecidos entre a primeira e a segunda onda da pesquisa.

**Os critérios de inclusão foram:**

- Ter entre 18 e 24 anos no momento da primeira fase do projeto, entre 2007 e 2008.
- Ser residente da área urbana de Pelotas - RS.

**O critério de exclusão foi:**

- Apresentar dificuldades cognitivas significativas, que impossibilitassem compreender e responder os instrumentos de pesquisa.

**Variáveis e instrumentos:**

Os indivíduos que aceitaram participar do estudo responderam a uma entrevista avaliando dados sócio-demográficos e de psicopatologia.

O status socioeconômico foi avaliado com o instrumento da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que se baseia no total de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Nesta classificação, "A" refere-se à classe socioeconômica mais alta, e "E" a mais baixa. O abuso ou dependência de substâncias foi avaliado através do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) (Henrique et al., 2004). Trata-se de um questionário estruturado, composto por oito perguntas sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). O ponto de corte para abuso/dependência é quatro.

O risco de suicídio e os diagnósticos psiquiátricos foram avaliados através da versão brasileira do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Amorim et al., 1998).

A religiosidade foi avaliada na linha de base do estudo, inicialmente com a seguinte pergunta: "Atualmente, qual é a tua religião?". Se o sujeito declarou qualquer afiliação religiosa, a frequência foi inquirida na seqüência da seguinte forma: "Com que frequência tu vais à missa, culto ou sessão na tua religião?".

Para algumas análises, as diferentes afiliações religiosas encontradas na amostra foram agrupadas em cinco diferentes grupos, respeitadas afinidades sócio-culturais e dogmáticas.

## **Análise de dados**

Para examinar as associações prospectivas entre transtornos de humor, religiosidade e risco de suicídio, foram utilizadas Equações de Estimativas Generalizadas (GEE, do inglês *Generalized Estimating Equations*). As GEE proporcionam diversas vantagens na análise de dados de estudos longitudinais, incluindo a capacidade de usar todos os dados disponíveis, sendo especialmente apropriadas para a análise longitudinal de dados categóricos (Liu et al., 2009).

As associações entre as afiliações religiosas, as frequências de participação e o risco de suicídio foram averiguadas através do teste do qui-quadrado.

Análises de sensibilidade também foram conduzidas, conforme detalhado em artigo.

## 6. ASPECTOS ÉTICOS

Os indivíduos que concordaram participar da pesquisa foram informados de seus objetivos e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, tanto na primeira quanto na segunda fase do projeto.

Os sujeitos que apresentaram algum diagnóstico psiquiátrico durante a entrevista clínica foram encaminhados para tratamento de saúde mental.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) sob o número de protocolo 2008/118, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, referendadas na Resolução N° 196 de 1996.

Mais detalhes podem ser encontrados em artigos publicados anteriormente (Cardoso et al., 2015; Duarte et al., 2015).

## **7. ARTIGOS**

**7.1** *Mood disorders and prospective suicidality in young adults: a population-based cohort study.*

Publicado na *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

## **Mood disorders and prospective suicidality in young adults: a population-based cohort study**

Daniel Chaves Vieira<sup>1</sup>, Taiane de Azevedo Cardoso<sup>2</sup>, Thaíse Campos Mondin<sup>2</sup>, Karen Jansen<sup>1,2</sup>, Ricardo Azevedo da Silva<sup>2</sup>, Luciano Dias de Mattos Souza<sup>2</sup>, Flavio Kapczinski<sup>1,3</sup>, Pedro VS Magalhães<sup>1</sup>

1 – Post Graduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences,  
Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

2 – Post-Graduate Program in Health and Behavior, Catholic University of  
Pelotas, Pelotas, RS, Brazil

3 – Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster  
University, Hamilton, ON, Canada

**Abstract**

**Objective:** To assess the prospective associations of mood disorders and suicidality in a community sample of young adults from south Brazil.

**Method:** Prospective population-based cohort study. Young adults (18-24 years old) were recruited and followed up on five years later; people were interviewed at their homes. Suicidality, as well as mood and anxiety disorders, were assessed using the Mini-International Neuropsychiatric Interview. The impact of mood episodes on suicidality was both evaluated when they occurred in the same wave (a current episode) and when suicidality occurred prospectively, with suicidality measured at follow-up (a past episode).

**Results:** The sample included 1560 young adults at baseline, with 1244 reassessed at follow-up (80.6%). Depressive episodes, both current and past, had a significant impact on suicidality in the final multivariable model. Manic episodes, however, were less consistently associated with suicidality.

**Conclusion:** Depressive episodes have a strong, independent and robust association with prospective suicidality. The association between manic episodes and suicidality, on the other hand, was dependent on the analysis and deserves further exploration.

**Keywords:** Suicide, mood disorders, community sample, longitudinal study.

### **Significant outcomes**

- Depressive episodes are clearly associated with a strong risk of suicidality in a community-based sample of young adults.
- A depressive episode is associated with suicidality prospectively, 5 years after the index episode, even when other factors such as current psychopathology are controlled for.
- Manic episodes are associated with suicidality, but less consistently so, as revealed by sensitivity analyses.

### **Limitations**

- Use of a simple measure to evaluate suicidality
- Lack of data on the age at onset illness trajectory
- No information on some clinical factors that are possibly relevant, such as personality disorders



## Introduction

Suicide is a public health concern for young adults worldwide. Globally, among young adults aged 15–29 years, suicide accounts for 8.5% of all deaths and is ranked as the second leading cause of death, after road traffic injuries (1). To better understand and plan prevention strategies for suicide, a growing number of studies have drawn attention to suicidality, a broader concept encompassing suicidal ideation and behaviors, distinguishing it from other non-suicidal forms of self-harm (2,3). Suicidality includes thoughts, plans, and attempted suicide; investigating suicidality, and not just suicide, is crucial since it allows for understanding of the risk factors for suicide (4,5).

The suicide rate in youth has increased considerably in recent years (6). This developmental period brings together several risk factors for suicidality (7). Based on peculiar implications for mental health, emerging adulthood (between the ages 18–29) has been proposed as new life stage (8). Accumulating data points to several risk factors for suicide in this stage, including psychiatric disorders and comorbidities, impulsive aggression, availability of lethal means, family history of depression or suicide, and lack of a support network (6).

Among the factors firmly associated with both completed suicide and suicidality are the mood disorders (3). To better understand variables correlated with mood disorders, the literature emphasizes the importance of studies with community samples, which may, in different aspects, diverge from data from clinical samples (9). Few community-based studies involving young adults evaluated aspects of the relationship of mood episodes and suicidality in a prospective way (10-12). However, such analyses were not devoted to observing potentially relevant data, such as the possible specific role of a previous mood episode on future suicidality.

Thus, to the best of our knowledge, there is scarce data on the prospective association between mood disorders and suicidality in emerging adulthood. It is important to highlight that the assessment of suicidality in a community sample is paramount, since it avoids the selection bias that is

inherent to studies in individuals who seek treatment. Thus, to assess the possible prospective impact of mental disorders on suicidality in young adults appears to be an important step to better understanding their risk factors and planning effective prevention strategies. Accordingly, the aim of this study is to assess not only immediate associations of mood episodes and suicidality but also the prospective impact of episodes on suicidality in young adults from the general population.

## Methods

This is a prospective cohort study with a population-based sample of 18 to 24 year-old participants living in the urban area of Pelotas (Brazil). Pelotas is a city of 328,275 inhabitants (13). According to the 2010 Brazilian census, there were 39,011 young adults aged between 18 and 24 years old living in Pelotas city; 71.3% (n= 27,815) were between 20 and 24 years old, and 42.5% (n= 16,565) were studying in the moment of interview (census) (13). Regarding gender, 51.2% were women (n= 14,245).

For the present cohort, sampling was performed by clusters, from 2007 to 2008, considering a population of 39,667 people in that age range in the current census of 448 sectors in the city (14). From these sectors, 89 census-based sectors were randomly selected. The home selection in the sectors was performed according to a systematic sampling, the first one being the house at the corner pre-established by the *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística* (IBGE) as the beginning of the sector, and the interval of selection was determined by skipping two houses.

The inclusion criteria were (1) to be between 18 and 24 years old at baseline and (2) to live in the urban area of Pelotas. The only exclusion criterion was to have a severe cognitive disability that would preclude understanding of the instruments. All those eligible (n= 1762) were invited to participate, of which 1560 consented to participate. Participants were interviewed at their homes. Data were gathered using paper questionnaires. The second wave occurred from 2012 to 2014, a mean of five years after the first wave. All participants were invited to return for a follow-up assessment and gave written informed consent; of the participants, 1244 individuals were located, and 14 were confirmed deceased. People who were lost to follow-up were mostly similar to those who participated in the second study wave; the sole exception was gender, and women had a higher retention rate than men. In the second wave, all data were collected directly into tablets through the software Open Data Kit (ODK).

This study was approved by the Research Ethics Committee of *Universidade Católica de Pelotas* (UCPel) under protocol number 2008/118. Further details can be found in previously published reports (15-18).

The study was designed to assess the risk factors for suicidality in young adults. Thus, suicidality was the primary outcome used to calculate the sample size. Based on a previous study assessing the prevalence of suicidality in Brazil (19), considering a reliability of 95% and a power of 80% and adding 10% for loss/refusal, the total needed sample was 1448 subjects.

The young adults that accepted to participate in the study answered a clinical interview assessing sociodemographic data and psychopathology. The subjects who presented with any psychiatric diagnoses during the clinical interview were referred for mental health treatment.

Suicidality and the other reported psychiatric diagnoses were assessed with a fully structured diagnostic interview, the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (20). Master's- and Ph.D.-level psychologists trained at the Molecular Psychiatry Laboratory by the senior authors of the study conducted all second-wave interviews, while undergraduate students that underwent the same training conducted the first-wave interviews. The MINI evaluates current suicidality with 6 questions, aimed at assessing intent, planning and previous attempts, each receiving points for the quantification of risk. According to the instrument's manual, risk can then be categorized as absent, mild, moderate or severe. Diagnoses of interest to this report were current depressive and manic episodes and any anxiety disorder (panic disorder, social phobia, obsessive compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, or generalized anxiety disorder). The MINI was used at baseline and follow-up assessment. In a previous Brazilian study, when compared to the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), the MINI had 88% accuracy for the diagnosis of any mental disorder and 93% accuracy for the diagnosis of a major depressive episode (21). Since the reliability of the MINI for suicidality has not been tested in this population, we checked it against the Beck Scale for Suicide Ideation (BSI) (22) as an external validator. This was available in all

participants in the first wave of the study (n= 1560). The presence of suicidality in the MINI interview was strongly associated with a higher BSI score in this sample (ES= 2.47, CI 95%= 2.28 – 2.67).

Indicative of substance abuse/dependence (tobacco, alcohol, and illicit drugs) was assessed at baseline and follow-up with the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (23-25). Previous studies demonstrated a good internal consistency for alcohol, cannabis and cocaine disorders, with a sensitivity ranging from 84% to 91%, specificity from 79% to 98%, positive predictive values from 80% to 93%, and negative predictive values from 85% to 96%. The cutoff for the indicative of substance abuse/dependence is four (23,25). Socioeconomic status was assessed with the instrument developed by the Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) that inquires about several material goods in the household (washing machines, TVs, automobiles, etc.) and on the highest level of schooling (26). Participants can score from 0 (lowest) to 46 (highest).

### Statistical analysis

To examine the prospective association of psychopathology and suicidality, we used generalized estimating equations (GEE) and report risk ratios (RR) using a Poisson model. GEE have several advantages when analyzing data from longitudinal studies, including robustness against the wrong choice of correlation matrix, ability to use all available data for analysis, and being especially suitable for the longitudinal analysis of categorical data (27). While being able to handle potentially incorrectly specified models, GEE models still assume that data are missing completely at random, which can be an issue with excessive missingness (28). In the model used here, any suicidality was the outcome, and the follow-up wave (baseline or follow-up) was used as the time measure. Sociodemographic characteristics (occupational status (job/study), socioeconomic status (ABEP score), and gender), clinical characteristics (family

history of mental illness and family history of suicide attempts), psychiatric diagnoses (depressive episode, manic episode, and any anxiety disorder), and tobacco, alcohol and illicit drug abuse were used as predictors.

Following the method employed by Breslau et al. (29), we used current status at baseline and at follow-up to classify the psychiatric diagnoses. Regarding psychopathology, all syndromes could be either currently present or absent at baseline. At follow-up, they could also be present or absent, but when present, only in the baseline evaluation are they classified as “past”. As Breslau et al. (30) argue, the advantage of this approach over standard regression is that it uses all the prospectively gathered information relevant to the temporal order between suicidal behavior as the outcome and the time-varying predictors, permitting a truly longitudinal analysis of the impact of baseline variables on suicidality (our primary goal), not only the current effect on suicide status. This also allows for a realistic assessment of prospective risk, since current syndromes, which often have stronger effects on suicide, can be adjusted for the final model.

We further tested the robustness of the model with two sensitivity analyses. In the first model, we excluded all participants with a previous suicide attempt because it carries weight in the risk assessment and is immutable. In the second model, we tested the model including only moderate to severe risk as the outcome.

## Results

The sample included 1560 young adults at baseline, with 1244 reassessed at follow-up and 14 confirmed deceased (80.6%). The prevalence of suicidality at baseline was 8.6% and at follow-up was 11.6%. Table 1 shows the sample characteristics. Women comprised most of the sample (56.4%).

Several factors were associated with suicidality (Figure 1). In the final GEE multivariable model, women (RR= 1.54 [CI 95%= 1.16 – 2.00]) and those with a lower socioeconomic score (RR= 0.96 [CI 95%= 0.94 – 0.98]) were more likely to show any suicidality. Regarding psychopathology, having a past depressive episode (RR= 2.28 [CI 95%= 1.42 – 3.66]), current depressive episode (RR= 3.96 [CI 95%= 2.77 – 5.65]), past manic episode (RR= 1.64 [CI 95%= 1.15 – 2.32]), current manic episode (RR= 2.16 [CI 95%= 1.56 – 3.01]), and current anxiety disorder (RR= 1.62 [CI 95%= 1.10 – 2.38]) were associated with suicidality.

In the sensitivity analyses excluding those with previous suicide attempts (n= 1134 analyzed), current (RR= 12.45 [CI 95%= 7.97 – 19.45]) and past depressive episodes (RR= 3.13 [CI 95%= 1.32 – 7.43]) remained associated with suicidality, but this was not true for current (RR= 1.65 [CI 95%= 0.96 – 2.84]) or past mania (RR= 1.31 [CI 95%= 0.68 – 2.52]).

In the sensitivity analyses using moderate to severe suicidality as the outcome (n= 1511), current (RR= 32.53 [CI 95%= 14.91 – 70.95]) and past depressive episodes (RR= 7.55 [CI 95%= 1.99 – 28.64]), as well as current manic episode (RR= 2.33 [CI 95%= 1.16 – 4.67]), remained associated with moderate/severe suicidality, but this was not true for past manic episodes (RR= 0.430 [CI 95%= 0.10 – 1.81]).

## Discussion

In this cohort, irrespective of contemporaneously assessed status at follow-up, mood episodes occurring in emergent adulthood conferred an independent risk of suicide that remained in the following five years. In addition to mood episodes being very strongly associated with suicidality—a very well-established finding—previous mood episodes appear to carry a residual risk in the following years, especially depressive episodes.

There is evidence that mood disorders with an early onset have a worse prognosis (30-32) and an increased risk of suicide (33,34). Suicidal ideation in adolescence is associated with an increased risk for suicidal thoughts and behaviors in young adulthood (35). It is known that subjects in adolescence and emerging adulthood are more exposed to factors associated with suicidality, such as substance abuse (36), depression (37), and sensation seeking and risky behaviors (38). The above aspects may partly explain the trend toward a greater severity and higher risk of suicide in early onset mood disorders.

However, how can previous mood episodes maintain an increased suicidality in the absence of a current mood episode? The results presented here are consistent with the hypothesis of neuroprogression (39,40). This theme has been a growing research target associated with unfavorable outcomes including increased suicidality (41). Our findings may be revealing a deleterious effect of the neuroprogression of a mood disorder that outlasts the initial mood episodes (42,43). In addition to neuroprogression, other aspects of a mood disorder may also progress or perpetuate impairments from a previous depressive or manic episode, such as stigma (44).

This study draws on a prospective design, with a community sample of young adults. While we were able to recruit a relatively large sample of young adults from the general population, which greatly enhances the validity of these findings, the study has some limitations. A limitation of the study is the absence of information about the age of the first mood episode, as well as about the number of episodes or time spent ill between waves or suicidality between



waves. These could reflect different trajectories, which could be informative. The assessment of other factors involved in suicidality, such as hopelessness, could be interesting, but we have not assessed them. Treatment data between waves are also unavailable, and differential treatment could be linked to participant factors. Our sample was recruited from just one specific city in the south of Brazil, and it certainly would be of interest to have replications from diverse samples confirming these findings, as the issue of suicide and suicidality is increasingly recognized in emerging adulthood. All participants were recruited from an urban setting, and the absence of people from rural areas could limit extrapolation to these populations.

The results here have been controlled for a host of confounders, including socioeconomic status and the most prominent forms of psychopathology associated with suicidality. Nevertheless, other relevant clinical confounders have not been examined, such as data on personality disorders. As is often the case, issues related to sample size preclude a more detailed analysis of categories of risk, such as ideation, plans and attempts. The use of a structured interview to assess suicidality also has its shortcomings. While it has the advantage of investigating the questions in a systematic way, it leaves out a range of phenomena of interest that could be assessed with more specific instruments. Nevertheless, we address this issue in a sensitivity analysis with only those with a moderate to severe risk, and the results are quite similar to those using the whole sample. While the fact that the whole sample was evaluated in both waves with a fully structured interview is a strength, we do not have inter-rater reliability results for this specific sample, and a lack of such calibration can be a limitation.

Although a previous manic episode revealed a positive association with prospective suicidality, this correlation lost strength in the sensitivity analysis. This means that among previous disorders, only depression was maintained after the sensitivity analysis. However, it should be considered that the number of individuals with a previous manic episode was considerably lower than those with prior depression in the sample. In addition, it is emphasized that there is

extensive literature establishing bipolar disorder as one of the main pathologies associated with a longitudinal increase in suicidality. Thus, our findings point to a need for future studies with a larger sample of individuals with a previous manic episode, allowing for a more detailed analysis of the specific role of prior manic episodes and the diagnosis of bipolar disorder in prospective suicidal behavior in young adults.

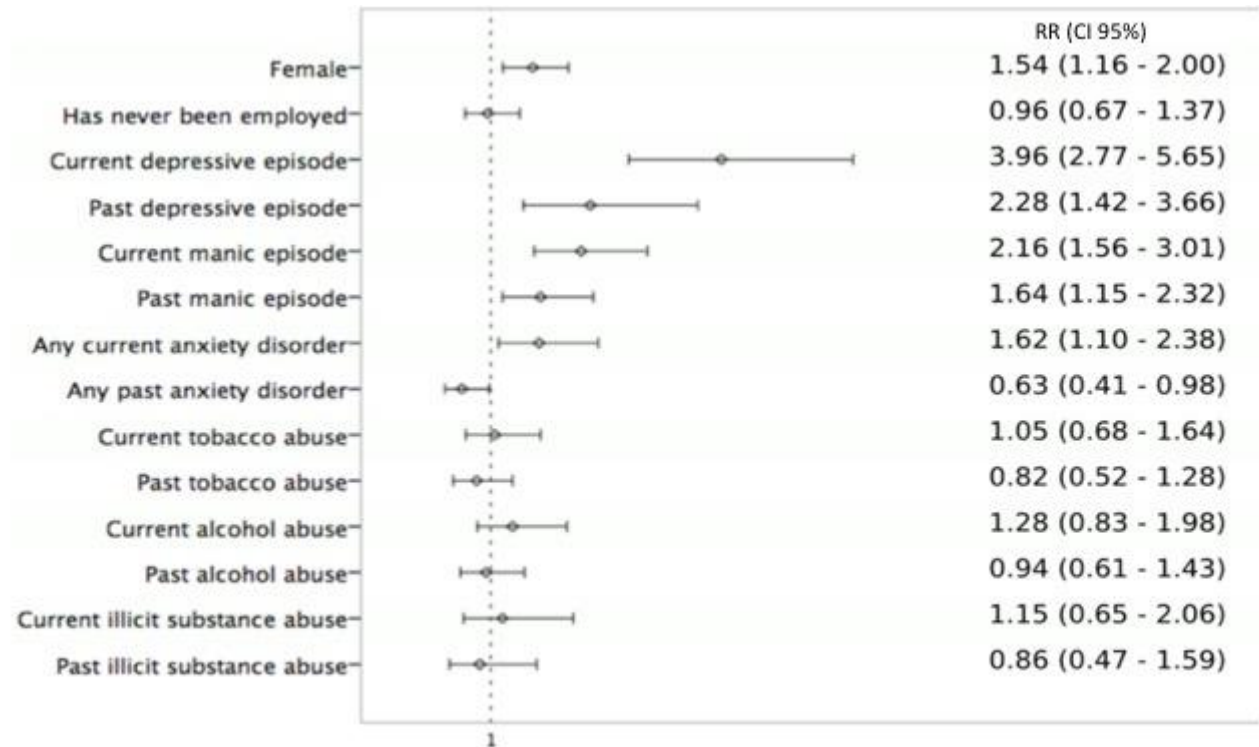
In conclusion, mood episodes, especially depressive episodes, are prospectively associated with suicidality, and they are observed even after a period of euthymia. For several other disorders, this association was true only for the same wave, that is, current, as suicidality. Although there is prior evidence suggesting this association in clinical samples, these results add to this evidence base using a population-based sample of individuals during emerging adulthood. This reinforces the relevance of depression in the longitudinal course of suicidality in youth. Those with an early depressive episode may be particularly vulnerable to sustained suicidality.

**Table 1:** Sample characteristics at baseline and at follow-up.

<b>Variables</b>	<b>Baseline n (%)</b>	<b>Follow-up n (%)</b>
<b>Gender</b>		
Female	880 (56.4%)	721 (58.0%)
Male	680 (43.6%)	523 (42.0%)
<b>Race</b>		
White	1144 (73.5%)	870 (69.9%)
Nonwhite	412 (26.5%)	374 (30.1%)
<b>Age</b>		
18 to 20 years	795 (51.4%)	---
21 to 24 years	753 (48.6%)	393 (31.6%)
25 years or older		851 (68.4%)
<b>Socioeconomic status*</b>		
Upper	583 (37.4%)	647 (52.3%)
Middle	751 (48.1%)	555 (44.8%)
Lower	226 (14.5%)	36 (2.9%)
<b>Current studying</b>		
No	843 (54.0%)	918 (73.8%)
Yes	717 (46.0%)	326 (26.2%)
<b>Suicide risk</b>		
No	1426 (91.4%)	1100 (88.4%)
Yes	134 (8.6%)	144 (11.6%)
<b>Total</b>	<b>1560 (100%)</b>	<b>1244 (100%)</b>

\* Social class measured using the instrument from *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)*.

**Fig. 1.** Final multivariable model with relative risks (RR) and confidence intervals (CI) for associations with suicidality.



This model was adjusted for: time of assessment, gender, socioeconomic status, employment, current study, depressive episode, manic episode, tobacco abuse, alcohol abuse, and illicit substance abuse.

## References

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, 2014 [updated 2014; cited March 26, 2017]; Available from:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)
2. RIBEIRO JD, FRANKLIN, JC, FOX KR et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* 2016;**46**:225–236.
3. TEN HAVE M, DE GRAAF R, VAN DORSSELAER S et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry* 2009;**54**:824-33.
4. ZALSMAN G, HAWTON K, WASSERMAN D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;**3**:646-59.
5. SCHNEIDER B. Behavioural therapy of suicidality. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012;**262**:123-8.
6. CASH SJ, BRIDGE JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009; **21**: 613–619.
7. GALAIF ER, SUSSMAN S, NEWCOMB MD, LOCKE TF. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: A review of empirical findings. *Int J Adolesc Med Health*. 2007; **19**: 27–35.
8. ARNETT JJ, ZUKAUSKIENE R, SUGIMURA K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2014 Dec;**1**(7):569-76.
9. LUTY SE, JOYCE PR, MULDER RT, MCKENZIE JM. Social adjustment in depression: the impact of depression severity, personality, and clinic versus community sampling. *J Affect Disord*. 2002 Jul;**70**(2):143-54.
10. LEWINSOHN PM, CLARKE GN, SEELEY JR, ROHDE P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994 Jul-Aug;**33**(6):809-18.

11. KERR DC, REINKE WM, EDDY JM. Trajectories of depressive symptoms and externalizing behaviors across adolescence: associations with histories of suicide attempt and ideation in early adulthood. *Suicide Life Threat Behav.* 2013 Feb;43(1):50-66.
12. THOMPSON MP, SWARTOUT K. Epidemiology of Suicide Attempts among Youth Transitioning to Adulthood. *J Youth Adolesc.* 2017 Apr 18. doi: 10.1007/s10964-017-0674-8. [Epub ahead of print].
13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Accessed through the website: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. 2010.
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Accessed May 2008 through the website: <http://www.ibge.gov.br>. 2008.
15. JANSEN K, ORES LDA C, CARDOSO TDE A et al. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *J Affect Disord.* 2011 Apr;130(1-2):328-33.
16. NARVAEZ JC, JANSEN K, PINHEIRO RT et al. Functioning in bipolar disorder with substance abuse/dependence in a community sample of young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014 Aug;49(8):1249-55.
17. CARDOSO TDE A, MONDIN TC, SOUZA LD et al. Biological rhythms in bipolar and depressive disorders: A community study with drug-naïve young adults. *J Affect Disord.* 2015 Nov 15;187:179-82.
18. DUARTE FARIA A, CARDOSO TDE A, CAMPOS MONDIN T et al. Biological rhythms in bipolar and depressive disorders: A community study with drug-naïve young adults. *J Affect Disord.* 2015 Nov 1;186:145-8.
19. BOTEGA NJ, BARROS MB, OLIVEIRA HB, DALGALARRONDO P, MARIN-LEON L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factor associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005 Mar;27(1):45-53. Epub 2005 Apr 18.
20. AMORIM P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22:106-115.

- 21.** de Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; **30(4)**:303-10.
- 22.** CUNHA JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- 23.** HENRIQUE IF, DE MICHELI D, LACERDA RB, LACERDA LA, FORMIGONI ML. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2004 Apr-Jun;50(2):199-206. Epub 2004 Jul 21.
- 24.** WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002 Sep;97(9):1183-1194.
- 25.** CARDOSO TDE A, MONDIN TC, SOUZA LD et al. Functioning in bipolar disorder with substance abuse/dependence in a community sample of young adults. *J Affect Disord*. 2015 Nov 15;187:179-82.
- 26.** ORES LDA C, QUEVEDO LDE A, JANSEN K et al. Suicide risk and health risk behavior among youth between the ages of 18 and 24 years: a descriptive study. *Cad Saude Publica*. 2012 Feb;28(2):305-12.
- 27.** LIU S, DIXON J, QIU G, TIAN Y, MCCORKLE R. Using generalized estimating equations to analyze longitudinal data in nursing research. *West J Nurs Res*. 2009 Nov;31(7):948-64. doi: 10.1177/0193945909336931. Epub 2009 Jun 11.
- 28.** GARCIA TP, MARDER K. Statistical Approaches to Longitudinal Data Analysis in Neurodegenerative Diseases: Huntington's Disease as a Model. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2017 Feb;17(2):14.
- 29.** BRESLAU N, SCHULTZ LR, JOHNSON EO, PETERSON EL, DAVIS GC. Smoking and the risk of suicidal behavior: a prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar;62(3):328-34.

30. LEVERICH GS, POST RM, KECK PE et al. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *J Pediatr* 2007;**150**:485-90.
31. ANGST J, GAMMA A, ROSSLER W, AJDACIC V, KLEIN DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord* 2009;**115**:112-21.
32. NIITSU T, FABBRI C, SERRETTI A. Predictors of switch from depression to mania in bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2015;**66-67**:45-53.
33. ISOMETSA E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Can J Psychiatry* 2014;**59**: 120–130.
34. HUANG YH, LIU HC, SUN FJ et al. Relationship Between Predictors of Incident Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts Among Adolescents. *J Adolesc Health* 2017; S1054-139X(16)30950-8.
35. FERGUSON DM, WOODWARD LJ, HORWOOD LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;**30**: 23-39.
36. HADLAND SE, COPELAS SH, HARRIS SK. Trajectories of Substance Use Frequency among Adolescents Seen in Primary Care: Implications for Screening. *J Pediatr* 2017; **S0022-3476(17)**:30143-9.
37. DAHL SK, LARSEN JT, PETERSEN L et al. Early adversity and risk for moderate to severe unipolar depressive disorder in adolescence and adulthood: A register-based study of 978,647 individuals. *J Affect Disord* 2017;**214**:122-129.
38. ORTIN A, LAKE AM, KLEINMAN M, GOULD MS. Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *J Affect Disord*. 2012 Dec 20;143(1-3):214-22. doi: 10.1016/j.jad.2012.05.058. Epub 2012 Aug 24.
39. MOYLAN S, MAES M, WRAY NR, BERK M. The neuroprogressive nature of major depressive disorder: pathways to disease evolution and resistance, and therapeutic implications. *Mol Psychiatry* 2013;**18**:595-606.
40. MUNEER A. Staging Models in Bipolar Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2016; **14**: 117–130.



41. HAWTON K, SUTTON L, HAW C, SINCLAIR J, HARRISS L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005;**66**:693-704.
42. KAPCZINSKI NS, MWANGI B, CASSIDY RM et al. Neuroprogression and illness trajectories in bipolar disorder. *Expert Rev Neurother* 2017;**17**:277-285.
43. CARDOSO T, BAUER IE, MEYER TD, KAPCZINSKI F, SOARES JC. Neuroprogression and Cognitive Functioning in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep* 2015;**17**:75.
44. WANG K, WEISS NH, PACHANKIS JE, LINK BG. Emotional Clarity as a Buffer in the Association Between Perceived Mental Illness Stigma and Suicide Risk. *Stigma Health* 2016;**1**:252-262.

**7.2** *Religious affiliation, religious service attendance and suicidality in young adults: A Brazilian population-based cohort study*

**Religious affiliation, religious service attendance and suicidality  
in young adults:  
A Brazilian population-based cohort study**

Daniel Chaves Vieira<sup>1</sup>, Taiane de Azevedo Cardoso<sup>2</sup>, Thaíse Campos Mondin<sup>2</sup>,  
Karen Jansen<sup>1,2</sup>, Ricardo Azevedo da Silva<sup>2</sup>, Luciano Dias de Mattos Souza<sup>2</sup>,  
Flavio Kapczinski<sup>1,3</sup>, Pedro VS Magalhães<sup>1</sup>

1 – Post Graduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

2 – Post-Graduate Program in Health and Behavior, Catholic University of Pelotas, Pelotas, RS, Brazil

3 – Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, ON, Canada.

## Abstract

**Objective:** To assess the association between religiosity and suicidality in a community sample of young adults from south Brazil.

**Method:** Prospective population-based cohort study. Young adults (18-24 years old) were recruited and followed-up five years later. Suicidality, as well as mood disorders, was assessed using the Mini-International Neuropsychiatric Interview. Religiosity were assessed at baseline and grouped according to religious affiliation into five groups classified according frequency in *frequent attender*, *infrequent attenders*, and *non-attenders*.

**Results:** The sample included 1560 young adults at baseline, with 1244 reassessed at follow-up (80.6%). Overall, 38.2% (n=593) of the sample declared no religious affiliation. Eighteen self-reported different religious affiliations were registered in the survey. No association of religiosity with suicidality was found in the two waves of the research. This effect is maintained in all religious affiliations (any or grouped), even when subdivided the analysis according to the frequency of attendance in religious service.

**Conclusion:** Although there is prior general evidence suggesting a protective role of religiosity on suicidality, these results, using a population-based sample, found no association. This reinforces the relevance of possible peculiar features of emerging adulthood and possible local sociocultural factors in religiosity and its relation to suicidality, which deserves further exploration.

**Keywords:** Suicidality, religiosity, young adults, community sample, longitudinal study.

## Introduction

The associations between religiosity and suicidality have been the subject of studies for more than a century<sup>1</sup>. So far, a certain consensus prevails in the literature that religiosity tends to play some protective role against suicidality<sup>2</sup>. However, knowledge about specific contexts that this protective role occurs remains scarce, especially for young adults<sup>3</sup>. The rates of suicide attempt and suicidal ideation are lower among persons who have a religious affiliation and those who attend religious services more frequently<sup>4</sup>. Nevertheless, not all studies confirm this association, with a few even suggesting the opposite<sup>5</sup>.

The suicidality-religion issue is quite complex, since the analysis of risk factors for suicide encompass multiple dimensions (ideation, attempt, completion) and religious issues are also extremely complex (affiliation, participation, doctrine), involving strong connections with social and cultural factors in each community<sup>6</sup>. In this context, terms like *religiosity* and *suicidality* gain strength because they enfold many sides of such complex subjects. Religiosity, in addition to religious affiliation, includes other relevant aspects of religious activity, such as religious service attendance, doctrinal, moral, and cultural involvement<sup>7</sup>. In turn, suicidality is a broad concept encompassing suicidal ideation and behaviors (including thoughts, plans, and attempted suicide), distinguishing it from other non-suicidal forms of self-harm<sup>8</sup>.

While some studies suggest a clear protective role of religiosity reducing the likelihood of suicidal thoughts and behaviors in young adults<sup>9</sup> others support that religious activity participation is associated with reduced suicidal behaviors among adolescents but this effect declines during emerging adulthood<sup>10</sup>.

Notwithstanding the general protective correlation of religiosity with regard to suicidality, it is still uncertain their specific role in the context of young adults communities. Thus, population-based studies are paramount, since they avoid the selection bias that is inherent to studies in individuals who seek treatment. However, to the best of our knowledge, there are few community-based studies on the prospective association between religiosity and suicidality

in young adults. Accordingly, the aim of this study is to assess associations of religiosity and suicidality in two waves of young adults from the general population.

## Methods

This is a prospective cohort study with a population-based sample consistent of 1560 participants from 18 to 24-year-old living in urban area of Pelotas, Brazil. The second wave took place from 2012 to 2014, a mean of five years after the first phase. This study was approved by the Research Ethics Committee of *Universidade Católica de Pelotas* (UCPel). Both the initial sample and the cohort have been extensively described elsewhere<sup>11-13</sup>.

The inclusion criteria for entry into the cohort study were: (1) to be between 18 and 24 years old at baseline; and (2) to live in urban area of Pelotas. The only exclusion criterion was to have a severe cognitive disability. The young adults that accepted to participate in the study answered a clinical interview assessing socio-demographic data and psychopathology.

Religiosity was assessed at baseline with the question: “what is your current religious affiliation?”. If the subject declared any affiliation, we asked the frequency with the question: “How often do you attend a religious gathering in your religion?”. We have classified the frequency in three groups: *frequent attenders* (attends at least once a week), *infrequent attenders* (attends once a month) and *non-attenders* (never attends or attends only when are needing).

Suicidality - as well as all the other reported psychiatric diagnoses - was assessed with the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)<sup>14</sup>. The MINI evaluates current suicide risk with 6 questions, aimed at assessing intent, planning and previous attempts, each receiving points for the quantification of risk. Diagnoses of interest to this report were current depressive episode, manic episode. The MINI was used at baseline and follow-up assessment. Socioeconomic status was assessed with the instrument by the Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).

Participants were grouped according to religious affiliation into five groups: *Roman Catholics* (28.6% of the sample, n=444), *Evangelical/Protestants* (20.7% n=321), *Spiritists* (7.8% n=121), *Umbandists* (4.4% n=69) and *Other*

*religions* (0.4% n=6). The *Evangelical/Protestants* group was composed by participants who self-declared as *Evangelicals* (n=231), *Lutherans* (n=43), *Protestants* (n=13), *Jehovah's Witness* (n=9), *Anglicans* (n=7), *Mormons* (n=9), *Adventists* (n=4), *Latter-day Saints* (n=1), *Evangelic protestants* (n=1), *Christian* (n=1), *Baptist* (n=1) and *Universal* (n=1). While the *Others religions* group was composed by *Buddhists* (n=3), *Pantheist* (n=2) and *Syncretist* (n=1).

### *Statistical analyses*

The associations among religious affiliation, frequency, and suicidality were tested with chi-square tests. To examine the effect of religiosity on suicide risk using the two available waves of data, we used generalized estimating equations (GEE). GEE has several advantages when analyzing data with multiple waves, including robustness against wrong choice of correlation matrix, ability to use all available data for analysis, and is especially suitable for the analysis of categorical data. In the model used here, any suicide risk was the outcome, and the follow-up wave (baseline or follow-up) was used as the time measure. Socio-demographic (occupational status (job/study), socioeconomic status (ABEP), and gender), and psychiatric diagnoses (depressive episode, manic episode, and either any religious affiliation or religious affiliation grouped) were used as predictors. The relation between psychopathology and religious affiliation (any or grouped) was also tested in GEE models, adjusted for wave, sex and social status.



## Results

The sample included 1560 young adults at baseline, with 1244 reassessed at follow-up and 14 confirmed deceased (80.6%). The prevalence of suicidality at baseline was 8.6%, and at follow-up was 11.6%. Women comprised the majority of the sample (56.4%). Overall, 38.2% (n=593) of the sample declared no religious affiliation. Among the others, eighteen different religious affiliations were registered in the survey. Regarding service attendance, 30.9% (n=295) stated they were *frequent attenders*, 21.7% (n=207) *infrequent attenders* and 47.4% (n=453) *non-attenders*.

There was no association between religious affiliation, service attendance and suicidality in the first and second wave (Figure 1).

In the fully adjusted models, having any religion was not associated with suicidality (OR = 0.99, 95% CI 0.67 – 1.48, p = 0.94), nor was the frequency that the person attended religious service (p=0.83). Specific religious affiliations (as grouped above) were also not associated with suicidality in the adjusted models (p=0.39).

Similarly, having any religious affiliation was not associated with current major depression (OR=0.91, 95%CI 0.70 – 1.19, p=0.50). No specific religious affiliation had an association with depression (p>0.2).

## Discussion

The main result of this study was the absence of an association of religiosity and suicidality. This result is maintained in all religious affiliations, even when analyzed according to the frequency of service attendance. This result is corroborated by the lack of association of religious affiliations with depressive symptoms, since depression is known to be one of the main factors associated with suicidality.

An important aspect of this study is its sample, which obtained an interesting distribution of eighteen self-reported religious affiliations. In this sense, rare community studies on religiosity and suicidality reach such an expressive number of religious affiliations in their samples. More than that, the present community-sample provided an interesting number of individuals that made it possible to set up representative groups of the different religions and compare them to each other. The absence of difference between religious affiliations gains relevance in this context, since it emerges from a single community (city). That is, this finding does not carry the possible biases of multicentric population studies on the subject, where the comparison may have a significant influence of different local socio-cultural factors, besides the religious issue. In this sense, previous studies have found divergent results on religiosity and suicidality in the young, precisely when comparing data from different countries, even if age groups and religious affiliations are maintained<sup>15</sup>.

While we were able to recruit a relatively large sample of young adults from the general population, which greatly enhances the validity of these findings, the study has some limitations. Accurate measurement of religiosity is psychometrically challenging. In this sense, only religious affiliation and service attendance were assessed, not encompassing all dimensions of religiosity. The absence of data on the previous history of religiosity, as well as on possible changes of religious affiliation or pattern of frequency in the second wave should be seen as another limitation. Our sample was recruited from just one specific city in the south of Brazil, and it certainly would be of interest to have

replications from diverse samples assessing these findings in emerging adulthood elsewhere.

In conclusion, although there is prior general evidence suggesting a protective role of religiosity on suicidality, these were not confirmed in this specific sample of young adults. This reinforces the relevance of possible peculiar features of emerging adulthood and possible local socio-cultural factors in religiosity and its relation to suicidality.

## References

1. Durkheim É (1951b). The elementary forms of religious life. Translated by Swaim J. New York: Free Press.
2. Wu A, Wang J-Y, Jia C-X (2015) Religion and completed suicide: A meta-analysis. PLoS One. 10 e0131715.
3. Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M, Swiss National Cohort S (2010) Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National cohort study. *Int J Epidemiol.* 39:1486–1494.
4. Norko MA, Freeman D, Phillips J, Hunter W, Lewis R, Viswanathan R. Can Religion Protect Against Suicide? *J Nerv Ment Dis.* 2017 Jan;205(1):9-14.
5. Zhao J, Yang X, Xiao R, Zhang X, Aguilera D, Zhao J (2012) Belief system, meaningfulness, and psychopathology associated with suicidality among Chinese college students: A cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 12:668.
6. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2016;20(1):1-21.
7. Mandhouj O, Perroud N, Hasler R, Younes N, Huguelet P. Characteristics of Spirituality and Religion Among Suicide Attempters. *J Nerv Ment Dis.* 2016 Nov;204(11):861-867.
8. Ribeiro JD, Franklin, JC, Fox KR et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* 2016;46:225–236.
9. Toussaint L, Wilson CM, Wilson LC, Williams DR. Religiousness and suicide in a nationally representative sample of Trinidad and Tobago adolescents and young adults. *Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol.* 2015 Sep;50(9):1441-50.
10. Nkansah-Amankra S, Diedhiou A, Agbanu SK, Agbanu HL, Opoku-Adomako NS, Twumasi-Ankrah P. A longitudinal evaluation of religiosity and psychosocial

determinants of suicidal behaviors among a population-based sample in the United States. *J Affect Disord* 2012;139:40–51.

**11.** Cardoso Tde A, Mondin TC, Souza LD, da Silva RA, Magalhães PV, Kapczinski F, Jansen K. Functioning in bipolar disorder with substance abuse/dependence in a community sample of young adults. *J Affect Disord*. 2015 Nov 15;187:179-82. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.046. Epub 2015 Aug 28.

**12.** Duarte Faria A, Cardoso Tde A, Campos Mondin T, Souza LD, Magalhaes PV, Patrick Zeni C, Silva RA, Kapczinski F, Jansen K. Biological rhythms in bipolar and depressive disorders: A community study with drug-naïve young adults. *J Affect Disord*. 2015 Nov 1;186:145-8.

**13.** Narvaez JC, Pechansky F, Jansen K, Pinheiro RT, Silva RA, Kapczinski F, Magalhães PV. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015 Jul-Sep;37(3):211-8

**14.** Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22:106-115.

**15.** Lester D, Walker RL. Religiosity Is a Protective Factor for Suicidal Ideation in European American Students but Not in African American Students. *Omega (Westport)*. 2017 Feb;74(3):295-303.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação com o expressivo número de jovens que padecem emocionalmente a ponto de colocarem suas vidas em risco é a base motriz dessa tese. Os dados aqui apresentados somam-se a outros disponíveis na literatura para a melhor compreensão dos inúmeros aspectos potencialmente relacionados com o risco de suicídio em adultos jovens.

A amostra de base populacional merece destaque, uma vez que ela diminui potenciais fatores de confusão comumente encontrados em amostras clínicas.

Os resultados detalhados no primeiro artigo reforçam a associação dos transtornos de humor no incremento do risco de suicídio em adultos jovens. A presença de episódios depressivos e maníacos atuais esteve claramente associada com um aumento no risco de suicídio.

Os dados prospectivos proporcionaram proeminência ao papel dos episódios depressivos nos jovens, uma vez que a presença de um episódio depressivo prévio resultou em significativo risco de suicídio aumentado nos adultos jovens, independentemente do estado de humor atual.

Essa mesma associação também ocorreu com os episódios maníacos prévios, porém sem robustez estatística na análise de sensibilidade. Contudo, deve-se ponderar que o número de indivíduos com episódio maníaco prévio foi consideravelmente menor do que aqueles com depressão prévia na amostra. Tal discrepância pode ter limitado o poder desse estudo para a análise da associação de uma mania prévia com um eventual risco de suicídio longitudinal.

O segundo artigo, por sua vez, detalha a análise de aspectos da religiosidade na amostra e suas eventuais associações com o risco de suicídio.

Embora existam evidências gerais anteriores que sugeriram uma associação protetora da religiosidade sobre o risco de suicídio, esses dados não são totalmente consistentes.

Os resultados aqui apresentados revelam a ausência de um efeito protetor da religiosidade sobre o risco suicídio na amostra, nas duas ondas da pesquisa. Esse resultado é mantido mesmo quando se analisa cada afiliação religiosa, ou quando se subdivide a análise de acordo com a frequência de participação religiosa.

Tal resultado reflete a complexidade do tema, que parece ainda requerer um número maior de investigações. Nesse sentido, apesar de comunitária, nossa amostra tem a limitação de ter sido recrutada em apenas uma única cidade no sul do Brasil. Considerando as conhecidas influências sócio-culturais envolvendo a religiosidade e o risco de suicídio, certamente seria recomendável que futuros estudos replicassem essa pesquisa em outros lugares do país e do mundo.

Em suma, todo suicídio é potencialmente uma morte evitável. Os dados dessa tese corroboram para a importância de se proporcionar um fácil acesso ao tratamento para os jovens que padeçam de transtornos de humor. Além disso, assegurar a adesão e o seguimento dos pacientes jovens com transtornos de humor parece ser essencial no intuito de diminuir o risco de suicídio nessa população. A religiosidade, ainda que apontada como potencialmente protetora em outros estudos, parece ainda carecer de maior investigação, em populações e localidades específicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22:106-115.
- Arnett JJ. Emerging Adulthood: A Theory of Development from the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologists*. 2000;55:469–480.
- Angst, F. et al. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *Journal of Affective Disorders* [S.l.], v. 68, n. 2-3, p. 167-181, 2002.
- Angst J, Gamma A, Rössler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. *J Affect Disord* 2009;115:112-21.
- Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. 2000. *American Psychologist*, 55, 469–480.
- Arnett JJ, Zuckerman R, Sugimura K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2014 Dec;1(7):569-76.
- ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Conselho Federal de Medicina (CFM) - Brasília, 2014. Disponível em: [http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf)
- Azorin JM, Kaladjian A, Fakra E et al. Religious Involvement in Major Depression: Protective or Risky Behavior? The Relevance of Bipolar Spectrum. JM Azorin et al. *J Affect Disord* 150 (3), 753-759. 2013 Mar 28
- Baldessarini RJ, Tondo L. Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*. 2003;290:1517–1518.
- Bauer VA. Suicidalidade em pacientes com transtorno de pânico e agorafobia: prevalência e fatores associados. 17/07/2014. 96 f. Mestrado em saúde



coletiva Instituição de Ensino: Universidade Est. Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu. Biblioteca Depositária: Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP

- Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective, 2002. *World Psychiatry*. 2002 Oct; 1(3): 181–185.
- Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry*. 2016 Nov 1;173(11):1094-1100. Epub 2016 Aug 13.
- Botega NJ, Barros MB, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-leon L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factor associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005 Mar;27(1):45-53. Epub 2005 Apr 18.
- Breslau N, Schultz LR, Johnson EO, Peterson EL, Davis GC. Smoking and the risk of suicidal behavior: a prospective study of a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar;62(3):328-34.
- Burshtein S, Dohrenwend BP, Levav I, Werbeloff N, Davidson M, Weiser M. Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 133: 481–488.
- Cardoso T, Bauer IE, Meyer TD, Kapczinski F, Soares JC. Neuroprogression and Cognitive Functioning in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:75.
- Cardoso Tde A, Mondin TC, Souza LD et al. Biological rhythms in bipolar and depressive disorders: A community study with drug-naïve young adults. *J Affect Disord*. 2015 Nov 15;187:179-82.
- Cardoso Tde A, Mondin TC, Souza LD, da Silva RA, Magalhães PV, Kapczinski F, Jansen K. Functioning in bipolar disorder with substance abuse/dependence in a community sample of young adults. *J Affect Disord*. 2015 Nov 15;187:179-82.
- Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, et al. (2014) Serious suicidal behaviors: Socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. *Nord J Psychiatry*. 68:44–52.

- Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr*. 2009; 21: 613–619. *BMC Public Health*. 2012; 12: 776.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control [Producer]. (2015, March). Web-based Inquiry Statistics Query and Reporting System (WISQARSTM): 10 leading causes of death by age group, United States—2013. Retrieved from <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/leadingcauses.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) 2013.
- Chatters LM, Taylor RJ, Lincoln KD, Nguyen A, Joe S (2011) Church-based social support and suicidality among African Americans and Black Caribbeans. *Arch Suicide Res*. 15:337–353.
- Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Dahl SK, Larsen JT, Petersen L et al. Early adversity and risk for moderate to severe unipolar depressive disorder in adolescence and adulthood: A register-based study of 978,647 individuals. *J Affect Disord* 2017;214:122-129.
- DATASUS - Ministério de Saúde (2013). Brasil. Estatísticas vitais, mortalidade. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>
- DeLeo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis*. 2006;27:4–15.
- Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ (2004) Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 161:2303–2308.
- Duarte Faria A, Cardoso Tde A, Campos Mondin T, Souza LD, Magalhaes PV, Patrick Zeni C, Silva RA, Kapczinski F, Jansen K. Biological rhythms in bipolar and depressive disorders: A community study with drug-naïve young adults. *J Affect Disord*. 2015 Nov 1;186:145-8.

- Durkheim É (1951b). *The elementary forms of religious life*. Translated by Swaim J. New York: Free Press.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Whittle L, Lim C, Wechsler H; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2012 Jun 8;61(4):1-162.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med*. 2005 Jul;35(7):983-93.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30: 23-39.
- Galaif ER, Sussman S, Newcomb MD, Locke TF. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: A review of empirical findings. *Int J Adolesc Med Health*. 2007; 19: 27–35.
- Garcia TP, Marder K. Statistical Approaches to Longitudinal Data Analysis in Neurodegenerative Diseases: Huntington's Disease as a Model. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2017 Feb;17(2):14.
- Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
- Gutiérrez MA, Fernández SGM, Jiménez MM, Gutiérrez JMA, Tamayo OD. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan* 2009[cited 2011 Jan 30];13(1). Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san05109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm).
- Hadland SE, Copelas SH, Harris SK. Trajectories of Substance Use Frequency among Adolescents Seen in Primary Care: Implications for Screening. *J Pediatr* 2017; S0022-3476(17):30143-9.
- Hamdan S, MelhemN, Orbach I, Farbstein I, El-Haib M, Apter A, BrentD (2012) Protective factors and suicidality in members of Arab kindred. *Crisis*. 33:80–86.

- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2005;66:693-704.
- Henrique IF, DE Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2004 Apr-Jun;50(2):199-206. Epub 2004 Jul 21.
- Horwitz AG, Ewa K. Czyz,1 and Cheryl A. King1,2. Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015 Sep-Oct; 44(5): 751–761.
- Huang YH, Liu HC, Sun FJ et al. Relationship Between Predictors of Incident Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts Among Adolescents. *J Adolesc Health* 2017; S1054-139X(16)30950-8.
- Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt PY, Borrás L. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. 2007. *Eur Psychiatry*. 22: 188–194.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Accessed May 2008 through the website: <http://www.ibge.gov.br>. 2008.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Accessed through the website: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. 2010.
- Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Can J Psychiatry* 2014;59: 120–130.
- Jansen K, Ores LDA C, Cardoso TDE A et al. Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults. *J Affect Disord*. 2011 Apr;130(1-2):328-33.
- Jiménez-Treviño L, Saiz PA, Corcoran P, Burón P, García-Portilla MP, Chinea ER, Navio M, Fernández V, Jimenez-Arriero MA, Gracia R, Bobes J. Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviors: results from a multicenter study in Spain. *Arch Suicide Res*. 2015;19(1):17-34.

- Jiang Y, Perry DK, Hesser JE. Adolescent suicide and health risk behaviors: Rhode Island's 2007 Youth Risk Behavior Survey. *Am J Prev Med* 2010; 38:551-5.
- Kapczinski NS, Mwangi B, Cassidy RM et al. Neuroprogression and illness trajectories in bipolar disorder. *Expert Rev Neurother* 2017;17:277-285.
- Kerr DC, Reinke WM, Eddy JM. Trajectories of depressive symptoms and externalizing behaviors across adolescence: associations with histories of suicide attempt and ideation in early adulthood. *Suicide Life Threat Behav.* 2013 Feb;43(1):50-66.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593–602.
- Lazowski L, Koller M, Stuart H, Milev R. Stigma and Discrimination in People Suffering with a Mood Disorder: A Cross-Sectional Study. *Depress Res Treat.* 2012; 2012: 724848.
- Langille DB, Asbridge M, Kisely S, Rasic D (2012) Suicidal behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada: Protective associations with measures of social capital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 47:1549–1555.
- Lau MA, Segal ZV, Williams JM. Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behav Res Ther.* 2004 Sep;42(9):1001-17.
- Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2016;20(1):1-21.
- Le MT, Nguyen HT, Tran TD, Fisher JR. Experience of low mood and suicidal behaviors among adolescents in Vietnam: Findings from two national population based surveys. 2012. *J Adolesc Health.* 51:339–348.
- Lester D, Walker RL. Religiosity Is a Protective Factor for Suicidal Ideation in European American Students but Not in African American Students. *Omega (Westport).* 2017 Feb;74(3):295-303.

- Leverich GS, Post RM, Keck PE et al. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *J Pediatr* 2007;150:485-90.
- Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994 Jul-Aug;33(6):809-18.
- Liu S, Dixon J, Qiu G, Tian Y, Mccorkle R. Using generalized estimating equations to analyze longitudinal data in nursing research. *West J Nurs Res*. 2009 Nov;31(7):948-64.
- Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006 May;367(9524):1747- 57. PubMed PMID: 16731270. eng.
- Luty SE, Joyce PR, Mulder RT, Mckenzie JM. Social adjustment in depression: the impact of depression severity, personality, and clinic versus community sampling. *J Affect Disord*. 2002 Jul;70(2):143-54.
- Mandhouj O, Perroud N, Hasler R, Younes N, Huguelet P. Characteristics of Spirituality and Religion Among Suicide Attempters. *J Nerv Ment Dis*. 2016 Nov;204(11):861-867.
- Martins Junior DF, Felzemburgh RM, Dias AB, Caribé AC, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa A. Suicide attempts in Brazil, 1998–2014: an ecological study. *BMC Public Health*. 2016; 16: 990.
- Mattisson C, Bogren M, Brådvik L, Horstmann V. Mortality of subjects with mood disorders in the Lundby community cohort: a follow-up over 50 years. *J Affect Disord*. 2015 Jun 1;178:98-106.
- Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry*. 2010 Aug;71(8):e1-e21.
- Mihaljevic S, Aukst-Margetic B, Vuksan-Cusa B, Koic E, Milosevic M. Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. 2012. *Psychiatr Danub*. 24:292–297.

- Minayo MC, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RM. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Rev Saude Publica*. 2012 Apr;46(2):300-9.
- Moylan S, Maes M, Wray NR, Berk M. The neuroprogressive nature of major depressive disorder: pathways to disease evolution and resistance, and therapeutic implications. *Mol Psychiatry* 2013;18:595-606.
- Muneer A. Staging Models in Bipolar Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2016; 14: 117–130.
- Myers K, McCauley E, Calderon R, Treder R. The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991 Sep;30(5):804-10.
- Narvaez JC, Jansen K, Pinheiro RT et al. Functioning in bipolar disorder with substance abuse/dependence in a community sample of young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Aug;49(8):1249-55.
- Narvaez JC, Pechansky F, Jansen K, Pinheiro RT, Silva RA, Kapczinski F, Magalhães PV. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. *Rev Bras Psiquiatr*. 2015 Jul-Sep;37(3):211-8
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injuries. 2008. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28–38.
- Norko MA, Freeman D, Phillips J, Hunter W, Lewis R, Viswanathan R. Can Religion Protect Against Suicide? *J Nerv Ment Dis*. 2017 Jan;205(1):9-14.
- Niitsu T, Fabbri C, Serretti A. Predictors of switch from depression to mania in bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2015;66-67:45-53.
- Nkansah-Amankra S, Diedhiou A, Agbanu SK, Agbanu HL, Opoku-Adomako NS, Twumasi-Ankrah P. A longitudinal evaluation of religiosity and psychosocial determinants of suicidal behaviors among a population-based sample in the United States. *J Affect Disord* 2012;139:40–51.

- Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1746–1751.
- Ores LDA C, Quevedo LDE A, Jansen K et al. Suicide risk and health risk behavior among youth between the ages of 18 and 24 years: a descriptive study. *Cad Saude Publica*. 2012 Feb;28(2):305-12.
- Ortin A, Lake AM, Kleinman M, Gould MS. Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *J Affect Disord*. 2012 Dec 20;143(1-3):214-22.
- Pandey GN. Inflammatory and Innate Immune Markers of Neuroprogression in Depressed and Teenage Suicide Brain. *Mod Trends Pharmacopsychiatry*. 2017;31:79-95. doi: 10.1159/000470809. Epub 2017 Jul 24.
- Pew Research Forum (2012) The global religious landscape, 2012. Available at <http://www.pewforum.org/2012/12/18/global-religious-landscape-exec/>. Accessed April 26, 2016.
- Posner K, Glenn A, Melvin A, Stanley B, Oquendo MA, Gould M. Factors in the Assessment of Suicidality in Youth. *CNS Spectr*. Author manuscript; available in PMC 2013 Sep 19. Published in final edited form as: *CNS Spectr*. 2007 Feb; 12(2): 156–162.
- Posner K, Oquendo MA, Stanley B, Davies M, Gould M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants, forthcoming. *Am J Psychiatry*. 2007 Jul; 164(7): 1035–1043.
- Randon S, Welton, MD. The Management of Suicidality. Assessment and Intervention. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007 May; 4(5): 24–34.
- Rajewska-Rager A, Sibilski P, Lepczyńska N. Risk factors for suicide among children and youths with bipolar spectrum and early bipolar disorder. *Psychiatr Pol*. 2015 May-Jun;49(3):477-88.



- Ribeiro JD, Franklin, JC, Fox KR et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* 2016;46:225–236.
- Roscoät E, Legleye S, Guignard R, Husky M, Beck F. Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *J Affect Disord*. 2016 Jan 15;190:517-21.
- Schneider B. Behavioural therapy of suicidality. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012;262:123-8.
- Silverman MM, Berman AL. Training for suicide risk assessment and suicide risk formulation. *Acad Psychiatry*. 2014 Oct;38(5):526-37.
- Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry*. 2006 Jan;163(1):41-7.
- Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(3):479–481.
- Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, et al. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(9):1094–1100.
- Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M, Swiss National Cohort S (2010) Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National cohort study. *Int J Epidemiol*. 39:1486–1494.
- Stratta P, Capanna C, Riccardi I, Carmassi C, Piccinni A, Dell’Osso L, Rossi A. Suicidal intention and negative spiritual coping one year after the earthquake of L’Aquila (Italy). 2012. *J Affect Disord*. 136:1227–1231.
- Stroppa A, Moreira-Almeida A. Religiosity, mood symptoms, and quality of life in bipolar disorder. 2013. *Bipolar Disord*. 15:385–393.
- Ten Have M, De Graaf R, Van Dorsselaer S et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Can J Psychiatry* 2009;54:824-33.
- Thompson MP, Swartout K. Epidemiology of Suicide Attempts among Youth Transitioning to Adulthood. *J Youth Adolesc*. 2017 Apr 18.

- Toussaint L, Wilson CM, Wilson LC, Williams DR. Religiousness and suicide in a nationally representative sample of Trinidad and Tobago adolescents and young adults. *Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol.* 2015 Sep;50(9):1441-50.
- VanderWeele TJ, Li S, Tsai AC, Kawachi I (2016) Association between religious service attendance and lower suicide rates among US women. *JAMA Psychiatry.* 73:845–851.
- VOLP – Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa. 2017. Quinta edição. Disponível em: <http://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario>
- Wang K, Weiss NH, Pachankis JE, Link BG. Emotional Clarity as a Buffer in the Association Between Perceived Mental Illness Stigma and Suicide Risk. *Stigma Health* 2016;1:252-262. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D et., al. Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health.* 2012; 12: 776.
- Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D et al. Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health.* 2012 Sep 12;12:776.
- WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002 Sep;97(9):1183-1194.
- Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Van der Does, A. J., & Segal, Z. V. 2006. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *J Affect Disord.* 912-3, 189-194.
- Win-Gallup International. GLOBAL INDEX OF RELIGIOSITY AND ATHEISM. Press Release – 2012.
- World Health Organization - WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, 2014 [updated 2014; cited March 26, 2017]; Available

from:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf)

- Wu A, Wang J-Y, Jia C-X (2015) Religion and completed suicide: A meta-analysis. *PLoS One*. 10 e0131715.
- Zainum K, Cohen MC. Suicide patterns in children and adolescents: a review from a pediatric institution in England. *Forensic Sci Med Pathol*. 2017 Jun;13(2):115-122.
- Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:646-59.
- Zhao J, Yang X, Xiao R, Zhang X, Aguilera D, Zhao J (2012) Belief system, meaningfulness, and psychopathology associated with suicidality among Chinese college students: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 12:668.

## **ANEXOS**

### **QUESTIONÁRIO FASE 1**

#### **PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE**

Setor: \_\_\_\_

Pessoa: \_\_\_\_

Casa/Edifício: \_\_\_\_\_

Bloco \_\_\_\_

Aptº. \_\_\_\_\_

1. Sexo do entrevistado:

- (1) feminino  
(2) masculino

2. Qual é a tua data de nascimento? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. A tua cor ou raça é? (LER AS OPÇÕES)

- (1) branca  
(2) preta  
(3) mulata  
(4) amarela  
(5) indígena

4. Tu estás estudando (ou estudaste) este ano?

- (0) não  
(1) sim →  Em que série tu estás? \_\_\_\_ série do \_\_\_\_ grau

**SE NÃO:**

5. Tu já estudaste na escola alguma vez?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 6  
(1) sim → Até que série completaste (foste aprovado)? \_\_\_\_ série do \_\_\_\_ grau  
(8) NSA

6. Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 7  
(1) sim

a) Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste? \_\_\_\_ anos

b) Nos últimos 12 meses, tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

- (0) não  
(1) sim  
(8) NSA

c) Estás trabalhando atualmente? (0) não (1) sim (8) NSA

7. Na tua casa tem: (LER AS OPÇÕES)

a)	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4 ou +
Rádio	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Aspirador de pó	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de lavar	0	1	2	3	4 ou +
Vídeo cassete e/ou DVD	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +

b) Qual a escolaridade do chefe da família? (Chefe da família = pessoa de maior renda)

- (0) analfabeto / primário incompleto  
(1) primário completo / ginásial incompleto

Primário = 1ª a 5ª série  
Ginásial = 6ª a 8ª série  
Colegial = 2º grau  
Superior = graduação

setor \_\_\_\_

casa \_\_\_\_\_

bl \_\_\_\_

ap \_\_\_\_\_

pessoa \_\_\_\_

sexo \_\_\_\_

dnasc \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

cpele \_\_\_\_

estano \_\_\_\_

serie \_\_\_\_

grau \_\_\_\_

estvez \_\_\_\_

nserie \_\_\_\_

ngraú \_\_\_\_

trabdin \_\_\_\_

idtrab \_\_\_\_

trab12 \_\_\_\_

trabatu \_\_\_\_

tv \_\_\_\_

radio \_\_\_\_

banh \_\_\_\_

aut \_\_\_\_

mens \_\_\_\_

aspir \_\_\_\_

maqlav \_\_\_\_

vidvd \_\_\_\_

gelad \_\_\_\_

freez \_\_\_\_

- (2) *ginásial completo / colegial incompleto*  
 (3) *colegial completo / superior incompleto*  
 (5) *superior completo*

8. Quais são as pessoas que moram na tua casa?

- Pai:* (0) *não* (1) *sim*  
*Mãe:* (0) *não* (1) *sim*  
*Companheiro (a):* (0) *não* (1) *sim*  
*Irmãos (ãs):* (0) *não* ( ) *sim, quantos?* \_\_\_ \_\_\_  
*Filhos (as):* (0) *não* ( ) *sim, quantos?* \_\_\_ \_\_\_  
*Outras pessoas:* (0) *não* ( ) *sim, quantos?* \_\_\_ \_\_\_

❖ **Agora vamos falar sobre segurança no trânsito e violência.**

9. Nos últimos 12 meses, com que frequência tu usaste cinto de segurança ao andar de carro (como motorista ou na carona)?

- (1) *não andou de carro*  
 (2) *nunca*  
 (3) *raramente*  
 (4) *às vezes*  
 (5) *quase sempre*  
 (6) *sempre*

10. Nos últimos 12 meses, com que frequência tu usaste capacete ao andar de moto (dirigindo ou na carona)?

- (1) *não andou de moto*  
 (2) *nunca*  
 (3) *raramente*  
 (4) *às vezes*  
 (5) *quase sempre*  
 (6) *sempre*

11. Nos últimos 30 dias, tu ultrapassaste um sinal vermelho?

- (0) *não*  
 (1) *sim*  
 (8) *NSA (caso o jovem não dirija)*

12. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes tu dirigiste ou andaste na carona de carro ou outro veículo após tu ou o motorista terem ingerido bebida alcoólica?

- (1) *não andou em nenhum veículo*  
 (2) *nenhuma*  
 (3) *1 vez*  
 (4) *2 ou 3 vezes*  
 (5) *4 ou 5 vezes*  
 (6) *6 vezes ou mais*

13. Tu já sofreste algum acidente que te obrigou a ser atendido em um pronto-socorro (queda, atropelamento, desastre de carro) desde que completaste dez anos de idade?

- (1) *não sofreu nenhum acidente* → **PULE PARA A PERGUNTA 15**  
 (2) *1 vez*  
 (3) *de 2 a 3 vezes*  
 (4) *4 ou mais vezes*

eschef \_\_\_

mpai \_\_\_

mmae \_\_\_

mcomp \_\_\_

nirmaos \_\_\_

nfilhos \_\_\_

noutros \_\_\_

cinto \_\_\_

capcet \_\_\_

siverm \_\_\_

dirigibb \_\_\_

acidente \_\_\_

bbacide \_\_\_

SE SIM:

14. Em alguma destas vezes em que tu sofreste um acidente e precisaste ir ao pronto-socorro, tu havia tomado bebida alcoólica antes (6 horas ou menos)?

- (1) não tomei bebida alcoólica antes do acidente  
 (2) sim, bebi pelo menos uma das vezes que sofri acidente  
 (8) NSA

agress \_\_

15. Nos últimos 12 meses, tu entraste em uma briga com agressão física?

- (1) não → PULE PARA A PERGUNTA 17  
 (2) sim, mas não me machuquei  
 (3) sim e saí machucado

agrebba \_\_

SE SIM:

16. Nos últimos 12 meses, nas ocasiões em que entraste em uma briga com agressão física, tu havias tomado bebida alcoólica?

- (1) sim, todas as vezes  
 (2) sim, algumas vezes  
 (3) não, não havia bebido nenhuma vez  
 (8) NSA

afogof \_\_

abranca \_\_

17. Tu ou alguém da tua família tem arma de fogo em casa?

- (0) não  
 (1) sim

18. Nos últimos 30 dias, quantas vezes tu levaste contigo uma arma branca? (ex.: faca, pau)

- (1) nenhuma  
 (2) 1 vez  
 (3) 2 ou 3 vezes  
 (4) 4 ou 5 vezes  
 (5) 6 ou 7 vezes  
 (6) 8 ou 9 vezes  
 (7) 10 ou 11 vezes  
 (8) 12 vezes ou mais

afogo \_\_

19. Nos últimos 30 dias, quantas vezes tu andaste com arma de fogo? (Ex.: revólver, espingarda)

- (1) nenhuma  
 (2) 1 vez  
 (3) 2 ou 3 vezes  
 (4) 4 ou 5 vezes  
 (5) 6 ou 7 vezes  
 (6) 8 ou 9 vezes  
 (7) 10 ou 11 vezes  
 (8) 12 vezes ou mais

apoio \_\_

❖ Agora vamos falar sobre algumas situações do teu dia-a-dia.

20. Tu sentes que tens apoio em tua vida?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 22  
 (1) sim

apcomp \_\_

apfil \_\_

apmae \_\_

appai \_\_

apirm \_\_

apami \_\_

aoutr \_\_

SE SIM:

21. DE QUEM?

- Companheiro (a): (0) não (1) sim (8) NSA  
 Filhos (as): (0) não (1) sim (8) NSA

Mãe	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Pai	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Irmão	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Amigo	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Outro. Quem?	_____		

paisepa \_\_\_

22. Tu tens pais separados?

- (0) não  
(1) sim

prfalec \_\_\_

23. Tu tens alguém próximo já falecido?

- (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 25  
(1) sim

fcomp \_\_\_

ffilh \_\_\_

fmae \_\_\_

fpai \_\_\_

firmão \_\_\_

famig \_\_\_

fout \_\_\_

SE SIM:

26. Com que frequência tu vais à missa, culto ou sessão na tua religião?  
(0) todos os dias

religiao \_\_\_

SE SIM:

24. QUEM?

Companheiro (a):	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Filhos (as):	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Mãe	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Pai	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Irmão	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Amigo	(0) não	(1) sim	(8) NSA
Outro. Quem?	_____		

freqreli \_\_\_

❖ Agora vamos falar sobre religião.

grupreli \_\_\_

25. Atualmente, qual é a tua religião?

- (00) não tem religião → PULE PARA A PERGUNTA 28  
(01) católica (05) protestante  
(02) evangélica (06) umbanda  
(03) luterana (07) judaica  
(04) espírita ( ) outra. Qual? \_\_\_\_\_

deusaj \_\_\_



(1) mais de uma vez por semana  
 (2) uma vez por semana  
 (3) uma vez por mês  
 (4) quando estou precisando  
 (5) nunca vou  
 (8) NSA

27. Tu participas de algum grupo religioso?  
 (0) não  
 (1) sim  
 (8) NSA

Srq1 \_\_\_  
 Srq2 \_\_\_  
 Srq3 \_\_\_  
 Srq4 \_\_\_  
 Srq5 \_\_\_  
 Srq6 \_\_\_  
 Srq7 \_\_\_  
 Srq8 \_\_\_  
 Srq9 \_\_\_  
 Srq10 \_\_\_  
 Srq11 \_\_\_  
 Srq12 \_\_\_  
 Srq13 \_\_\_  
 Srq14 \_\_\_  
 Srq15 \_\_\_  
 Srq16 \_\_\_  
 Srq17 \_\_\_  
 Srq18 \_\_\_  
 Srq19 \_\_\_  
 Srq20 \_\_\_

28. Tu achas que Deus te ajuda?  
 (0) não  
 (1) sim

❖ **Agora vamos falar sobre como tu tens te sentido no último mês.**

29. Tu tens dores de cabeça frequente?	(1) sim	(0) não
30. Tu tens falta de apetite?	(1) sim	(0) não
31. Tu dormes mal?	(1) sim	(0) não
32. Tu te assustas com facilidade?	(1) sim	(0) não
33. Tu tens tremores nas mãos?	(1) sim	(0) não
34. Tu te sentes nervosa, tensa ou preocupada?	(1) sim	(0) não
35. Tu tens má digestão?	(1) sim	(0) não
36. Tu sentes que tuas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(1) sim	(0) não
37. Tu tens te sentido triste ultimamente?	(1) sim	(0) não
38. Tu tens chorado mais do que de costume?	(1) sim	(0) não
39. Tu consegues sentir algum prazer nas tuas atividades diárias?	(0) sim	(1) não
40. Tu tens dificuldade de tomar decisões?	(1) sim	(0) não
41. Tu achas que teu trabalho diário é penoso, te causa sofrimentos?	(1) sim	(0) não
42. Tu achas que tens um papel útil na tua vida?	(0) sim	(1) não
43. Tens perdido o interesse pelas coisas?	(1) sim	(0) não
44. Tu te sentes uma pessoa sem valor?	(1) sim	(0) não
45. Tu alguma vez pensas em acabar com a tua vida?	(1) sim	(0) não
46. Tu te sentes cansada o tempo todo?	(1) sim	(0) não
47. Tu sentes alguma coisa desagradável no estômago?	(1) sim	(0) não
48. Tu te cansas com facilidade?	(1) sim	(0) não

faces \_\_\_

49. Qual dessas faces mostra melhor como tu te sentes no último mês?



sf1 \_\_\_

sf2 \_\_\_

❖ **Agora vamos falar sobre tuas atividades diárias. Por favor, responde a alternativa que melhor represente como tens te sentido.**

50. Em geral, tu dirias que tua saúde é: (circule uma)
- Excelente ..... 1
  - Muito boa ..... 2
  - Boa ..... 3
  - Ruim ..... 4
  - Muito Ruim ..... 5

sf3a \_\_\_

51. Comparada a um ano atrás, como tu classificarias tua saúde em geral, agora?

- Muito melhor agora do que há um ano atrás ..... 1  
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... 2  
 Quase a mesma de um ano atrás ..... 3  
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... 4  
 Muito pior agora do que há um ano atrás ..... 5

sf3b \_\_\_  
 sf3c \_\_\_  
 sf3d \_\_\_  
 sf3e \_\_\_  
 sf3f \_\_\_  
 sf3g \_\_\_  
 sf3h \_\_\_  
 sf3i \_\_\_  
 sf3j \_\_\_

52. Os seguintes itens são sobre atividades que tu poderias fazer atualmente durante um dia comum. Devido a tua saúde, tu tens tido dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM. DIFICULTA MUITO	SIM. DIFICULTA UM POUCO	NÃO. NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

sf4a \_\_\_  
 sf4b \_\_\_  
 sf4c \_\_\_  
 sf4d \_\_\_  
 sf5a \_\_\_  
 sf5b \_\_\_  
 sf5c \_\_\_

53. Durante as últimas 4 semanas, tu tiveste algum dos seguintes problemas com o teu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de tua saúde física? (circule uma em cada linha)

	SIM	NÃO
a) Tu diminuístes a quantidade de tempo que te dedicavas ao teu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizaste menos tarefas do que tu gostarias?	1	2
c) Estiveste limitado no teu trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Tiveste dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (por ex.: necessitaste de um esforço extra?)	1	2

sf6 \_\_\_  
 sf7 \_\_\_

54. Durante as últimas 4 semanas, tu tiveste algum dos seguintes problemas com o teu trabalho ou outra atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional?

	SIM	NÃO
a) Tu vens diminuindo a quantidade de tempo que te dedicavas ao teu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizaste menos tarefas do que tu gostarias?	1	2
c) Não trabalhaste ou não fizeste qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente fazes?	1	2

55. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira tua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas tuas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em

sf8 \_\_\_

grupo? (circule uma)

- De forma nenhuma..... 1
- Ligeiramente..... 2
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Extremamente ..... 5

56. Quanta dor no corpo tu sentiste durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

- Nenhuma..... 1
- Muito leve ..... 2
- Leve..... 3
- Moderada ..... 4
- Grave..... 5
- Muito grave ..... 6

57. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu no teu trabalho normal? (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa) (circule uma)

- De maneira alguma ..... 1
- Um pouco ..... 2
- Moderadamente ..... 3
- Bastante ..... 4
- Extremamente ..... 5

58. Estas questões são como tu te sentes e como tudo tem acontecido contigo durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como tu te sentes. Em relação as últimas 4 semanas: (circule um nº para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo tu tens te sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo tu tens te sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo tu tens te sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo tu tens te sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo tu tens te sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo tu tens te sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo tu tens te sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo tu tens te sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo tu tens te sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

59. Durante as últimas 4 semanas, quanto do teu tempo a tua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as tuas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

- Todo o tempo ..... 1

sf9a \_\_\_  
 sf9b \_\_\_  
 sf9c \_\_\_  
 sf9d \_\_\_  
 sf9e \_\_\_  
 sf9f \_\_\_  
 sf9g \_\_\_  
 sf9h \_\_\_  
 sf9i \_\_\_  
 sf10 \_\_\_  
 sf11a \_\_\_  
 sf11b \_\_\_  
 sf11c \_\_\_  
 sf11d \_\_\_

- A maior parte do tempo..... 2
- Alguma parte do tempo..... 3
- Uma pequena parte do tempo ..... 4
- Nenhuma parte do tempo ..... 5

60. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para ti?  
(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

❖ **Agora vamos falar sobre tua saúde.**

61. Tu tens alguma doença importante?  
(0) não → PULE PARA A PERGUNTA 63  
(1) sim

SE SIM:  
62. Qual a doença? \_\_\_\_\_  
Qual a doença? \_\_\_\_\_  
Qual a doença? \_\_\_\_\_

63. Tu tens ou tiveste alguma vez problema de nervos?  
(0) não  
(1) sim

64. Tu já consultaste com psiquiatra ou psicólogo?  
(0) não  
(1) sim  
(9) IGN

65. Tu já fizeste ou fazes tratamento psicoterapêutico com psiquiatra ou psicólogo?  
(0) não → PULE PARA A PERGUNTA 71  
(1) sim  
(8)NSA

SE SIM:  
→ **Gostaríamos que tu PENSASSES no último tratamento que fizeste.**

66. Qual o local que tu fizeste esse tratamento?  
(Considerar quando o entrevistado fez no mínimo 2 sessões no período de 1 mês)  
(01) clínica ou consultório  
(02) hospital  
(03) CAPS  
(04) ambulatório  
( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_

doenca \_\_

quald1 \_\_ \_\_  
quald2 \_\_ \_\_  
quald3 \_\_ \_\_

probner \_\_

cons \_\_

trat \_\_

loct1 \_\_ \_\_

loct2 \_\_ \_\_

loct3 \_\_ \_\_

acessot \_\_ \_\_

satisftr \_\_

interr \_\_

<p>(88) NSA</p> <p>67. De que forma tu tiveste acesso a esse tratamento?</p> <p>(01) SUS (02) convênio (03) particular (04) outro. Qual? _____ (88) NSA</p> <p>68. Qual o teu grau de satisfação com o último tratamento que fizeste?</p> <p>(1) <i>insatisfeito</i> (2) <i>pouco satisfeito</i> (3) <i>satisfeito</i> (4) <i>muito satisfeito</i> (8) NSA</p> <p>69. Tu começaste o tratamento, mas interrompeste antes de terminar?</p> <p>(0) não → PULE PARA A PERGUNTA 71 (1) sim (8) NSA</p> <p><b>SE SIM:</b></p> <p>70. Que motivo tu identificas para teres abandonado o tratamento?</p> <p>(01) <i>tempo longo demais entre as consultas</i> (02) <i>não estava funcionando de maneira satisfatória</i> (03) <i>o terapeuta era ruim</i> (04) <i>o serviço era ruim</i> (05) <i>mudança de terapeuta</i> (06) <i>achei que o problema já estava resolvido</i> ( ) outro. Qual? _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>aband1 ___ ___ aband2 ___ ___ aband3 ___ ___</p> <p>hospner ___</p> <p>qhosp ___ ___</p> <p>medic ___</p> <p>tmediq1 ___ ___ tmediq2 ___ ___ tmediq3 ___ ___</p>														
<p>71. Tu baixaste hospital alguma vez por problemas de nervos?</p> <p>(0) não → PULE PARA A PERGUNTA 73 (1) sim</p>	<p>fmae ___ fpai ___ firmao ___ favo ___ ffilho ___ foutro ___ ___</p>														
<p><b>SE SIM:</b></p> <p>72. Quantas vezes? ___ ___ vezes (88) NSA</p>	<p>bsi1 ___ bsi2 ___</p>														
<p><b>SE SIM:</b></p> <p>74. Qual?</p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>(01) <i>haldol</i></td> <td>(08) <i>tofranil</i></td> </tr> <tr> <td>(02) <i>amplictil</i></td> <td>(09) <i>fluoxetina</i></td> </tr> <tr> <td>(03) <i>anafranil</i></td> <td>(10) <i>imipramina</i></td> </tr> <tr> <td>(04) <i>aropax</i></td> <td>(11) <i>tripnatol</i></td> </tr> <tr> <td>(05) <i>diazepan</i></td> <td>( ) outro. Qual? _____</td> </tr> <tr> <td>(06) <i>valium</i></td> <td>(12) <i>não sabe</i></td> </tr> <tr> <td>(07) <i>lexotan</i></td> <td>(88) NSA</td> </tr> </tbody> </table>	(01) <i>haldol</i>	(08) <i>tofranil</i>	(02) <i>amplictil</i>	(09) <i>fluoxetina</i>	(03) <i>anafranil</i>	(10) <i>imipramina</i>	(04) <i>aropax</i>	(11) <i>tripnatol</i>	(05) <i>diazepan</i>	( ) outro. Qual? _____	(06) <i>valium</i>	(12) <i>não sabe</i>	(07) <i>lexotan</i>	(88) NSA	
(01) <i>haldol</i>	(08) <i>tofranil</i>														
(02) <i>amplictil</i>	(09) <i>fluoxetina</i>														
(03) <i>anafranil</i>	(10) <i>imipramina</i>														
(04) <i>aropax</i>	(11) <i>tripnatol</i>														
(05) <i>diazepan</i>	( ) outro. Qual? _____														
(06) <i>valium</i>	(12) <i>não sabe</i>														
(07) <i>lexotan</i>	(88) NSA														

❖ Agora vamos falar sobre teus familiares.

75. Algum dos teus familiares já sofreu ou sofre dos nervos?

- a) mãe (0) não (1) sim  
 b) pai (0) não (1) sim  
 c) irmão(a) (0) não (1) sim  
 d) avós (0) não (1) sim  
 e) filho(a) (0) não (1) sim  
 f) outro. Quem? \_\_\_\_\_

bsi3 \_\_\_

bsi4 \_\_\_

❖ **Agora vamos falar sobre como tu tens te sentido NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE. Após escutar atentamente TODAS AS AFIRMAÇÕES DE CADA PERGUNTA, escolhe uma delas.**

bsi5 \_\_\_

76. (0) Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.  
 (1) Tenho um desejo fraco de viver.  
 (2) Não tenho desejo de viver.

77. (0) Não tenho desejo de morrer.  
 (1) Tenho desejo fraco de morrer.  
 (2) Tenho um desejo de morrer que é moderado a forte.

bsi6 \_\_\_

78. (0) Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.  
 (1) Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.  
 (2) Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.

bsi7 \_\_\_

79. (0) Não tenho desejo de me matar.  
 (1) Tenho um desejo fraco de me matar.  
 (2) Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.

bsi8 \_\_\_

80. (0) Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.  
 (1) Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.  
 (2) Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

bsi9 \_\_\_

**SE O ENTREVISTADO MARCOU “ZERO”, EM AMBAS AS PERGUNTAS 79 E 80, PULE PARA A PERGUNTA 95.**

bsi10 \_\_\_

81. (0) Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.  
 (1) Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.  
 (2) Tenho longos períodos com idéias de me matar.

82. (0) Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.  
 (1) Tenho idéias freqüentes de me matar.  
 (2) Penso constantemente em me matar.

bsi11 \_\_\_

83. (0) Não aceito a idéia de me matar.  
 (1) Não aceito, nem rejeito a idéia de me matar.  
 (2) Aceito a idéia de me matar.

84. (0) Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.  
 (1) Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.  
 (2) Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

bsi12 \_\_\_

85. (0) Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.  
 (1) Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de

bsi13 \_\_\_

- meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.  
 (2) Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
86. (0) Minhas razões para querer cometer um suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.  
 (1) Minhas razões para querer cometer um suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.  
 (2) Minhas razões para querer cometer um suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.
87. (0) Não tenho plano específico sobre como me matar.  
 (1) Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.  
 (2) Tenho um plano específico para me matar.
88. (0) Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.  
 (1) O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.  
 (2) Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.
89. (0) Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.  
 (1) Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.  
 (2) Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.
90. (0) Não espero fazer uma tentativa de suicídio.  
 (1) Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.  
 (2) Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
91. (0) Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.  
 (1) Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.  
 (2) Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.
92. (0) Não escrevi um bilhete suicida.  
 (1) Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.  
 (2) Tenho um bilhete suicida pronto.
93. (0) Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.  
 (1) Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.  
 (2) Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
94. (0) Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.  
 (1) Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.  
 (2) Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.
95. (0) Nunca tentei suicídio.  
 (1) Tentei suicídio uma vez.  
 (2) Tentei suicídio duas ou mais vezes.

bsi14 \_\_

bsi15 \_\_

bsi16 \_\_

bsi17 \_\_

bsi18 \_\_

bsi19 \_\_

bsi20 \_\_

bsi21 \_\_

totbsi \_\_ \_\_

**SE O ENTREVISTADO TENTOU SUICÍDIO ANTERIORMENTE, POR FAVOR, CONTINUE NO PROXIMO GRUPO DE AFIRMAÇÕES. SE NÃO TENTOU, PULE PARA A PERGUNTA 97.**

96. (0) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.  
 (1) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.  
 (2) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

Total = \_\_\_\_

97. Tu conheces alguém que já tentou se matar?  
 (0) não → PULE PARA A PERGUNTA 99  
 (1) sim

SE SIM:

98. QUEM?

- |                              |         |         |         |
|------------------------------|---------|---------|---------|
| a) companheiro (a)           | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| b) filho (s)                 | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| c) pai                       | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| d) mãe                       | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| e) irmão (s)                 | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| f) amigo (a)                 | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| g) outro. Especificar: _____ |         |         |         |

99. Tu conhecestes alguém que se matou?  
 (0) não  
 (1) sim

SE SIM:

100. QUEM?

- |                              |         |         |         |
|------------------------------|---------|---------|---------|
| a) companheiro (a)           | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| b) filho (s)                 | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| c) pai                       | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| d) mãe                       | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| e) irmão (s)                 | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| f) amigo (a)                 | (0) não | (1) sim | (8) NSA |
| g) outro. Especificar: _____ |         |         |         |

- ❖ Agora nós vamos falar sobre alguns eventos e eu gostaria que tu me disseses se algum deles ocorreu contigo no último ano:

algntenta \_\_\_\_

tent1 \_\_\_\_

tent2 \_\_\_\_

tent3 \_\_\_\_

tent4 \_\_\_\_

tent5 \_\_\_\_

tent6 \_\_\_\_

tmout \_\_\_\_

algmata \_\_\_\_

amat1 \_\_\_\_

amat2 \_\_\_\_

amat3 \_\_\_\_

amat4 \_\_\_\_

amat5 \_\_\_\_

amat6 \_\_\_\_

amout \_\_\_\_

evesta \_\_\_\_

evestb \_\_\_\_

evestc \_\_\_\_

evestd \_\_\_\_

eveste \_\_\_\_

evestf \_\_\_\_

evestg \_\_\_\_

evesth \_\_\_\_

evesti \_\_\_\_

vestj \_\_\_\_

vestk \_\_\_\_

vestl \_\_\_\_

vestm \_\_\_\_

vestn \_\_\_\_

vesto \_\_\_\_

vestp \_\_\_\_

vestq \_\_\_\_

vestr \_\_\_\_

vests \_\_\_\_

vestt \_\_\_\_

vestu \_\_\_\_

vestw \_\_\_\_



a) Morte do cônjuge	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	evestv ___ evestx ___ evesty ___ evestz ___
b) Separação	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
c) Casamento	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
d) Morte de alguém da família	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
e) Gravidez	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
f) Doença na família	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
g) Acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl1 ___
h) Nascimento na família	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
i) Mudança de casa	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
j) Mudança de escola	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
k) Reconciliação matrimonial	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
l) Aposentadoria	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
m) Perda de emprego	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl2 ___
n) Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
o) Dificuldades com a chefia	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
p) Reconhecimento profissional	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
q) Acidentes	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
r) Perdas financeiras	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	
s) Dificuldades sexuais	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl3-1 ___
t) Problemas de saúde	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl3-2 ___
u) Morte de um amigo	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl3-3 ___
w) Dívidas	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl3-4 ___
v) Mudanças de hábitos pessoais	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl3-5 ___
x) Mudanças de atividades recreativas	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl3-6 ___
y) Mudanças de atividades religiosas	(1) <i>sim</i>	(0) <i>não</i>	hcl3-7 ___
			hcl3-8 ___
			hcl3-9 ___
			hcl3-10 ___
			hcl3-11 ___
			hcl3-12 ___
			hcl3-13 ___

z) Mudanças de atividades sociais

(1) *sim*(0) *não*

hcl3-14 \_\_\_

hcl3-15 \_\_\_

hcl3-16 \_\_\_

hcl3-17 \_\_\_

❖ **Agora vamos falar sobre tua Energia, Atividade e Humor**

hcl3-18 \_\_\_

hcl3-19 \_\_\_

Em diferentes períodos da vida todos sentem mudanças ou oscilações em energia, atividade e humor (“altos e baixos” ou “para cima e para baixo”). O objetivo deste questionário é o de avaliar as características dos períodos “altos” ou “para cima”.

hcl3-20 \_\_\_

hcl3-21 \_\_\_

hcl3-22 \_\_\_

hcl3-23 \_\_\_

hcl3-24 \_\_\_

101. Antes de tudo, como tu estás te sentindo hoje comparando com teu estado normal?

hcl3-25 \_\_\_

hcl3-26 \_\_\_

(1) Muito pior do que o normal

(5) Um pouco melhor que o normal

hcl3-27 \_\_\_

(2) Pior que o normal

(6) Melhor que o normal

hcl3-28 \_\_\_

(3) Um pouco pior que o normal

(7) Muito melhor que o normal

hcl3-29 \_\_\_

(4) Nem pior nem melhor que o normal

hcl3-30 \_\_\_

hcl3-31 \_\_\_

hcl3-32 \_\_\_

102. Como tu és normalmente, comparado com outras pessoas?

Independente de como tu te sentes hoje, por favor, conte-nos como és normalmente comparado com outras pessoas, marcando qual dos seguintes itens melhor te descreve.

Comparando com outras pessoas, **teus níveis de atividade, energia e humor...**

hcl4vf \_\_\_

hcl4vs \_\_\_

(1) ... sempre são mais para estáveis e equilibrados

hcl4t \_\_\_

(2) ... geralmente são maiores

hcl4r \_\_\_

(3) ... geralmente são menores

(4) ... frequentemente passo por períodos de altos e baixos

103. Por favor, tente lembrar de um período em que tu estiveste num estado “para cima”. Como tu te sentias **na época?**

hcl5 \_\_\_

Por favor, responde a todas estas questões, **independente do teu estado atual**.

Em tal estado...

1. Preciso de menos sono.

(1) Sim

(0) Não

2. Eu me sinto com mais energia e mais ativo(a).

(1) Sim

(0) Não

3. Fico mais autoconfiante.

(1) Sim

(0) Não

hcl6 \_\_\_

4. Me entusiasmo mais com meu trabalho.

(1) Sim

(0) Não

5. Fico mais sociável (faço mais ligações telefônicas, saio mais).

(1) Sim

(0) Não

6. Quero viajar ou viajo mais.

(1) Sim

(0) Não

7. Tenho tendência a dirigir mais rápido ou a me arriscar mais enquanto dirijo.

(1) Sim

(0) Não

8. Gasto mais ou gasto dinheiro demais.

(1) Sim

(0) Não

9. Me arrisco mais em minha vida diária (no meu trabalho e/ou outras

(1) Sim

(0) Não

hcl7 \_\_\_

Atividades).

10. Fico mais ativo(a) fisicamente (esporte, etc.).

(1) Sim

(0) Não

11. Planejo mais atividades e projetos.

(1) Sim

(0) Não

12. Tenho mais idéias, fico mais criativo(a).

(1) Sim

(0) Não

13. Fico menos tímido(a) ou inibido(a).

(1) Sim

(0) Não

14. Uso roupas/maquiagem mais coloridas e extravagantes.

(1) Sim

(0) Não

hcl8 \_\_\_

15. Quero me encontrar ou de fato me encontro com mais pessoas.

(1) Sim

(0) Não

16. Fico mais interessado(a) em sexo e/ou tenho desejo sexual aumentado.

(1) Sim

(0) Não

- |   |         |         |            |
|---|---------|---------|------------|
| 17. Paquero mais e/ou fico mais ativo(a) sexualmente.                         | (1) Sim | (0) Não | iddmini __ |
| 18. Falo mais.  | (1) Sim | (0) Não |            |
| 19. Penso mais rápido.  | (1) Sim | (0) Não |            |
| 20. Faço mais piadas ou trocadilhos quando falo.                              | (1) Sim | (0) Não |            |
| 21. Eu me distraio com mais facilidade.                                       | (1) Sim | (0) Não |            |
| 22. Eu me envolvo em muitas coisas novas.                                     | (1) Sim | (0) Não |            |
| 23. Meus pensamentos pulam de assunto rapidamente.                            | (1) Sim | (0) Não |            |
| 24. Faço coisas mais rapidamente e/ou com maior facilidade.                   | (1) Sim | (0) Não |            |
| 25. Fico mais impaciente e/ou fico irritado(a) mais facilmente.               | (1) Sim | (0) Não |            |
| 26. Posso ser cansativo(a) ou irritante para os outros.                       | (1) Sim | (0) Não |            |
| 27. Eu me envolvo em mais discussões e disputas.                              | (1) Sim | (0) Não |            |
| 28. Meu humor fica melhor, mais otimista.                                     | (1) Sim | (0) Não |            |
| 29. Bebo mais café.   | (1) Sim | (0) Não |            |
| 30. Fumo mais cigarros.   | (1) Sim | (0) Não |            |
| 31. Bebo mais álcool.   | (1) Sim | (0) Não |            |
| 32. Uso mais drogas (sedativos, tranqüilizantes, estimulantes, entre outros). | (1) Sim | (0) Não |            |

104. Impacto dos teus “altos” em vários aspectos de tua vida:

- |                      |                         |              |              |                    |
|----------------------|-------------------------|--------------|--------------|--------------------|
| <b>Vida familiar</b> | (1) Positivo e negativo | (2) Positivo | (3) Negativo | (4) Nenhum impacto |
| <b>Vida social</b>   | (1) Positivo e negativo | (2) Positivo | (3) Negativo | (4) Nenhum impacto |
| <b>Trabalho</b>      | (1) Positivo e negativo | (2) Positivo | (3) Negativo | (4) Nenhum impacto |
| <b>Recreação</b>     | (1) Positivo e negativo | (2) Positivo | (3) Negativo | (4) Nenhum impacto |

105. Reação e comentários das pessoas sobre teus “altos”:

Como as pessoas próximas a ti reagiram ou comentaram teus “altos”?

- (1) Positivamente (encorajando ou apoiando)  
 (2) Neutros  
 (3) Negativamente (preocupadas, aborrecidas, irritadas, críticas)  
 (4) Positivamente e negativamente  
 (5) Nenhuma reação

106. Em média, qual foi a duração de teus “altos”:

- |                |                       |                                |
|----------------|-----------------------|--------------------------------|
| (1) 1 dia      | (3) 4 – 7 dias        | (5) mais que 1 mês             |
| (2) 2 – 3 dias | (4) mais que 1 semana | (6) não posso julgar / não sei |

107. Tu sentiste tais “altos” durante o último ano?

- (0) Não  
 (1) Sim

→ **SE SIM**, por favor, calcule quantos dias você passou nestes “altos” nos últimos doze meses.

108. Levando todos dias em conta foram cerca de \_\_\_ \_\_\_ dias.

109. Que idade tinhas quando pela primeira vez, tu apresentaste esses problemas de humor / energia excessiva chamados de “altos” ou “para cima”? \_\_\_ \_\_\_ anos

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

bdi7 \_\_

bdi8 \_\_

bdi9 \_\_

Esta parte do questionário deve ser respondida por ti. Alguns assuntos abordados aqui são bastante pessoais. Garantimos que as tuas respostas serão mantidas em sigilo. É importante que tu respondas com sinceridade todas as perguntas, marcando apenas a coluna da esquerda. **Agradecemos a tua colaboração.**

bdi10 \_\_

*Por favor, não  
marque nada  
nesta coluna.*



- ❖ Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler com cuidado cada grupo, faz um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que tu tens te sentido na **última semana, incluindo hoje.**

bdi11 \_\_

01. (0) Não me sinto triste.

- (1) Eu me sinto triste  
(2) Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.  
(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

bdi12 \_\_

02. (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- (1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.  
(2) Acho que nada tenho a esperar.  
(3) Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar.

bdi13 \_\_

03. (0) Não me sinto um fracasso.

- (1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.  
(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.  
(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

bdi14 \_\_

04. (0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- (1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.  
(2) Não encontro um prazer real em mais nada.  
(3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

bdi15 \_\_

05. (0) Não me sinto especialmente culpado.

- (1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.  
(2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.  
(3) Eu me sinto sempre culpado.

bdi16 \_\_

06. (0) Não acho que esteja sendo punido.

- (1) Acho que posso ser punido.  
(2) Creio que vou ser punido.  
(3) Acho que estou sendo punido.

bdi17 \_\_

07. (0) Não me sinto decepcionado comigo.  
 (1) Estou decepcionado comigo mesmo.  
 (2) Estou enojado de mim.  
 (3) Eu me odeio. bdi18 \_\_
08. (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.  
 (1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.  
 (2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.  
 (3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece. bdi19 \_\_
09. (0) Não tenho quaisquer idéias de me matar.  
 (1) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.  
 (2) Gostaria de me matar.  
 (3) Eu me mataria se tivesse oportunidade. bdi20 \_\_
10. (0) Não choro mais que o habitual.  
 (1) Choro mais agora do que costumava.  
 (2) Agora, choro o tempo todo.  
 (3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira. bdi21 \_\_
11. (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.  
 (1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.  
 (2) Agora, me sinto irritado o tempo todo.  
 (3) Não me irrita mais por coisas que costumavam me irritar. totbdi \_\_ \_\_
12. (0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.  
 (1) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.  
 (2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.  
 (3) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas. qlusoua \_\_  
 qlusoub \_\_  
 qlusouc \_\_  
 qlusoud \_\_  
 qlusoud1 \_\_  
 qlusoue \_\_  
 qlusouf \_\_  
 qlusoug \_\_  
 qlusouh \_\_  
 qlusoui \_\_  
 qlusouj \_\_
13. (0) Tomo decisões tão bem quanto antes.  
 (1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.  
 (2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.  
 (3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14. (0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.  
 (1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.  
 (2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.  
 (3) Acredito que pareço feio.
15. (0) Posso trabalhar tão bem quanto antes.  
 (1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.  
 (2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.  
 (3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16. (0) Consigo dormir tão bem quanto antes.  
 (1) Não durmo tão bem como costumava.  
 (2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.  
 (3) Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. (0) Não fico mais cansado que o habitual.  
 (1) Fico cansado mais facilmente do que costumava.  
 (2) Fico cansado em fazer qualquer coisa.  
 (3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa. freqa \_\_  
 freqb \_\_  
 freqc \_\_

18. (0) O meu apetite não está pior do que o habitual.  
 (1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.  
 (2) Meu apetite é muito pior agora.  
 (3) Absolutamente não tenho mais apetite.
19. (0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.  
 (1) Perdi mais do que 2 quilos e meio.  
 (2) Perdi mais do que 5 quilos.  
 (3) Perdi mais do que 7 quilos.  
 Eu estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: ( ) Sim ( ) Não
20. (0) Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.  
 (1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.  
 (2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.  
 (3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. (0) Não notei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.  
 (1) Estou menos interessado por sexo do que costumava.  
 (2) Estou muito menos interessado por sexo agora.  
 (3) Perdi completamente o interesse por sexo.

freqd \_\_\_  
 freqd1 \_\_\_  
 freqe \_\_\_  
 freqf \_\_\_  
 freqg \_\_\_  
 freqh \_\_\_  
 freqi \_\_\_  
 freqj \_\_\_

**NÃO PREENCHA NESTE LOCAL** ⇒ Total = \_\_\_

fortdja \_\_\_  
 fortdjb \_\_\_  
 fortdjc \_\_\_  
 fortdjd \_\_\_  
 fortdjd1 \_\_\_  
 fortdje \_\_\_  
 fortdjf \_\_\_  
 fortdjg \_\_\_  
 fortdjh \_\_\_  
 fortdji \_\_\_  
 fortdjj \_\_\_

❖ **Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.**

22 – Na tua vida, qual (is) dessas substâncias tu já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1
d.1 crack (pedra)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

23 – Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló,	0	1	2	3	4

probsaa \_\_\_  
 probsab \_\_\_  
 probsac \_\_\_  
 probsad \_\_\_  
 probsad1 \_\_\_  
 probsae \_\_\_  
 probsaf \_\_\_  
 probsag \_\_\_  
 probsah \_\_\_  
 probsai \_\_\_  
 probsaj \_\_\_

tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)					
<b>g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>j. Outras, Especificar: _____</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

<b>24 – Durante os últimos três meses, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir a (s) substância (s)? (vezes quase todo dia)</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase todo dia</b>
<b>a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d.1 crack (pedra)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>j. Outras, Especificar: _____</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

fazcoia \_\_\_  
fazcoib \_\_\_  
fazcoic \_\_\_  
fazcoid \_\_\_  
fazcoid1 \_\_\_  
fazcoie \_\_\_  
fazcoif \_\_\_  
fazcoig \_\_\_  
fazcoih \_\_\_  
fazcoii \_\_\_  
fazcoij \_\_\_

<b>25 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de substância (s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase todo dia</b>
<b>a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d.1 crack (pedra)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>j. Outras, Especificar: _____</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

preoca \_\_\_  
preocb \_\_\_  
preocc \_\_\_  
preocd \_\_\_  
preocd1 \_\_\_  
preoce \_\_\_  
preocf \_\_\_  
preocg \_\_\_  
preoch \_\_\_  
preoci \_\_\_  
preocj \_\_\_

<b>26 – Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso de substância (s) tu deixaste de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase todo dia</b>
<b>a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo,</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

diparaa \_\_\_  
diparab \_\_\_  
diparac \_\_\_  
diparad \_\_\_  
diparad1 \_\_\_

fumo de corda...)						diparae ___
<b>b.</b> Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4	diparaf ___
<b>c.</b> Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4	diparag ___
<b>d.</b> Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4	diparah ___
<b>d.1</b> crack (pedra)	0	1	2	3	4	diparai ___
<b>e.</b> Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4	diparaj ___
<b>f.</b> Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4	
<b>g.</b> Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol).	0	1	2	3	4	injeção ___
<b>h.</b> Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4	
<b>i.</b> Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4	
<b>j.</b> Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4	idadrog ___

<b>27 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso de substância (s)?</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, mas não nos últimos 3 meses</b>	<b>SIM, nos últimos 3 meses</b>	
<b>a.</b> Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	drog1 ___
<b>b.</b> Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	drog2 ___
<b>c.</b> Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	drog3 ___
<b>d.</b> Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	drog4 ___
<b>d.1</b> crack (pedra)	0	1	2	drog5 ___
<b>e.</b> Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	drog6 ___
<b>f.</b> Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	drog7 ___
<b>g.</b> Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol).	0	1	2	drog8 ___
<b>h.</b> Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	drog9 ___
<b>i.</b> Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	drog10 ___
<b>j.</b> Outras, Especificar: _____	0	1	2	relacao ___

<b>28 – Alguma vez tu já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de substância(s)?</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, mas não nos últimos 3 meses</b>	<b>SIM, nos últimos 3 meses</b>	
<b>a.</b> Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	idadere ___
<b>b.</b> Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	ultimare ___
<b>c.</b> Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	
<b>d.</b> Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	
<b>d.1</b> crack (pedra)	0	1	2	camisin ___
<b>e.</b> Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	
<b>f.</b> Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	
<b>g.</b> Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol).	0	1	2	
<b>h.</b> Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	sexobb ___
<b>i.</b> Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	
<b>j.</b> Outras, Especificar: _____	0	1	2	parceiro ___



29 – Alguma vez tu já usaste substância(s) por injeção? (Apenas uso não-médico)	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

30. Com que idade (em anos) tu experimentaste alguma substância (incluindo álcool e tabaco) pela primeira vez? \_\_\_ anos

31. Que droga tu experimentaste primeiro? (Numere as substâncias a seguir utilizando o número um para a primeira substância experimentada, dois para a segunda e assim por diante)

- ( ) Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- ( ) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouthes)
- ( ) Maconha (baseado, erva, haxixe)
- ( ) Cocaína (pó, branquinha, nuvem)
- ( ) Crack (pedra)
- ( ) Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites)
- ( ) Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina)
- ( ) Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)
- ( ) Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos)
- ( ) Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína)

❖ **Agora vamos falar sobre sexualidade.**

32. Tu já tiveste relações sexuais? (SE NÃO tiveste relação sexual passe para a pergunta 42)

- (0) não
- (1) sim

33. Que idade tinhas na tua primeira relação sexual? \_\_\_ anos

34. Quando foi a última vez que tu tiveste relação sexual?

- (1) há menos de 1 semana
- (2) de 2 a 4 semanas
- (3) de 1 a 2 meses
- (4) de 3 a 4 meses
- (5) mais de 5 meses

35. Tu usaste camisinha na última relação sexual?

- (0) não
- (1) sim

36. Tu tomaste alguma bebida alcoólica, antes da última relação sexual?

- (0) não
- (1) sim

37. Tu tens um parceiro(a) fixo(a)?

- (0) não
- (1) sim

38. Com quantas pessoas tu tiveste relações sexuais, nos últimos 12 meses? \_\_\_ pessoas

39. Nas últimas três vezes que tiveste relação sexual, em quantas vezes tu ou teu parceiro (a), usou camisinha?

- (0) nenhuma vez
- (1) 1 vez

pesrel \_\_\_

camisi3 \_\_\_

pipula \_\_\_

camisi \_\_\_

tabeli \_\_\_

coito \_\_\_

geléia \_\_\_

diafrag \_\_\_

diu \_\_\_

metout \_\_\_

vezgravi \_\_\_

forcsexo \_\_\_

cren1 \_\_\_

cren2 \_\_\_

cren3 \_\_\_

cren4 \_\_\_

cren5 \_\_\_

cren6 \_\_\_

- (2) 2 vezes  
(3) 3 vezes

40. Estás usando algum método para evitar filhos? Qual?

- a) pílula (0) não (1) sim  
 b) camisinha (0) não (1) sim  
 c) tabelinha (0) não (1) sim  
 d) coito interrompido (tirar fora) (0) não (1) sim  
 e) geléia (0) não (1) sim  
 f) diafragma (0) não (1) sim  
 g) DIU (0) não (1) sim  
 h) outro. Qual? \_\_\_\_\_

idadeja \_\_\_

ief1 \_\_\_

41. Quantas vezes tu já ficaste ou fizeste alguém ficar grávida?

- (1) nenhuma  
(2) 1 vez  
(3) 2 vezes ou mais  
(4) não tenho certeza

ief2 \_\_\_

42. Alguma vez tu já foste forçado (a) fisicamente a ter relação sexual?

- (0) não  
(1) sim

❖ **Agora vamos falar sobre tuas crenças:**

ief3 \_\_\_

43. O quanto concordas ou discordas de cada uma das afirmações abaixo?

	Concordo fortemente				Discordo fortemente
É importante para mim, dedicar meu tempo a reflexões e meditações privadas	1	2	3	4	5
Eu me esforço bastante para viver minha vida de acordo com minhas crenças religiosas	1	2	3	4	5
As orações que faço ou pensamentos espirituais que digo quando estou só, são tão importantes para mim quanto os mesmos realizados nos serviços ou assembléias espirituais que frequento	1	2	3	4	5
Eu gosto de ler sobre minha espiritualidade e/ou minha religião	1	2	3	4	5
A espiritualidade ajuda-me a manter uma vida equilibrada e estável, e é tão firme para mim como minha cidadania, amigos e outros grupos a que pertenço	1	2	3	4	5
Minha maneira de viver como um todo é baseada em minha espiritualidade	1	2	3	4	5

ief4 \_\_\_

ief5 \_\_\_

❖ **As seguintes questões só devem ser respondidas se tu fores do sexo MASCULINO.**

estim \_\_\_

❖ **Caso sejas do sexo FEMININO, agradecemos pela tua colaboração em responder nosso questionário. OBRIGADA!!**

44. Com que idade tu ejaculaste (“esporreou”) pela primeira vez? \_\_\_ anos

45. Nas últimas 4 semanas, com que frequência tu foste capaz de ter ereções durante uma

atividade sexual?

- (0) quase sempre ou sempre
- (1) a maioria das vezes (muito mais do que a metade das vezes)
- (2) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- (3) quase nunca ou nunca
- (4) não tenho atividade sexual

encam \_\_\_\_

46. Nas últimas 4 semanas, quando tu tiveste ereções com estimulação sexual, com que frequência tuas ereções permaneceram o suficiente para a penetração?

- (0) quase sempre ou sempre
- (1) a maioria das vezes (muito mais do que a metade das vezes)
- (2) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- (3) quase nunca ou nunca
- (4) não tenho atividade sexual

47. Nas últimas 4 semanas, quando tu tentaste ter relação sexual, com que frequência foste capaz de penetrar (entrar) na tua parceira(o)?

- (0) quase sempre ou sempre
- (1) a maioria das vezes (muito mais do que a metade das vezes)
- (2) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- (3) quase nunca ou nunca
- (4) não tenho atividade sexual

48. Nas últimas 4 semanas, durante a relação sexual, com que frequência foste capaz de manter tua ereção após teres penetrado (entrado) na tua parceira(o)?

- (0) quase sempre ou sempre
- (1) a maioria das vezes (muito mais do que a metade das vezes)
- (2) algumas vezes (aproximadamente a metade das vezes)
- (3) quase nunca ou nunca
- (4) não tenho atividade sexual

49. Nas últimas 4 semanas, durante a relação sexual, o quanto foi difícil para ti manter tua ereção até o fim da relação?

- (0) sem dificuldade
- (1) pouco difícil
- (2) difícil
- (3) muito difícil
- (4) extremamente difícil
- (5) não tentei ter relação sexual

50. Nas últimas 4 semanas, durante a relação sexual, utilizaste algum tipo de estimulante para ereção como Viagra ou Cialis?

- (0) não
- (1) sim, algumas vezes
- (2) sim, todas as vezes

❖ **Agradecemos pela tua colaboração em responder nosso questionário. OBRIGADA!!**

**Não preencha neste local**

- Encaminhamento: (0) não  
 (1) sim, Clínica Psicológica  
 (2) sim, Campus da Saúde

Observação: \_\_\_\_\_



## QUESTIONÁRIOS FASE 2

**Universidade Católica de Pelotas**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento**

**Pesquisa:** Comportamento de saúde em jovens da zona urbana de Pelotas, RS.

**REC:** \_\_\_\_\_

**Data da Entrevista :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Sexo do entrevistado:

(1) masculino

(2) feminino

2. Qual é a tua data de nascimento? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. Quantos anos completos o(a) Sr(a). tem? \_\_\_

4. Tu estás estudando (ou estudaste) este ano?

(0) não

(1) sim > Em que série tu estás? \_\_\_\_série do \_\_\_\_grau

**SE NÃO:**

5. Tu já estudaste na escola alguma vez?

(0) não

(1) sim > Até que série completaste (foste aprovado)? \_\_\_\_série do \_\_\_\_ grau

(8) NSA

6. Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

(0) não > PULE PARA PERGUNTA 7

(1) sim

a) Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste ? \_\_\_ anos

b) Estás trabalhando atualmente? (0) não (1) sim (8) NSA

7. Você tem irmãos ou irmãs?

*(Considerar como sim mesmo que o(a) entrevistado(a) disser que seus irmãos já morreram)*

(0) não

(1) sim

8. Quantos irmãos ou irmãs você tem? \_\_\_\_ irmãos  
(Insira 99 se o(a) entrevistado(a) não souber responder.)

9. Você tem filhos ou filhas?

(0) não

(1) sim

10. Quantos filhos ou filhas você tem? \_\_\_\_ filhos

11. Quais são as pessoas que moram na tua casa?

Pai: (0) não (1) sim

Mãe: (0) não (1) sim

Companheiro(a): (0) não (1) sim

Irmãos: (0) não (1) sim, quantos? \_\_\_\_

Filhos: (0) não (1) sim, quantos? \_\_\_\_

Outras pessoas: (0) não (1) sim, quantos? \_\_\_\_

❖ **Agora vamos falar sobre teus familiares:**

12. Há alguém com história de doença psiquiátrica na tua família?

(0) não (1) sim (8) NSA ( PULAR PARA QUESTÃO 13)

a) A sua mãe?

(0) não (1) sim (8) NSA (pular para os outros familiares)

Qual doença psiquiátrica a sua mãe teve ou tem?

(1) Retardo mental

(2) Transtornos de déficit de atenção

(3) Demência (Alzheimer, Parkinson, etc)

(4) Abuso ou dependência de substâncias (álcool, cocaína, maconha, etc)

(5) Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos

(6) Depressão

(7) Transtorno bipolar

(8) Transtornos de ansiedade

(9) Transtornos sexuais

(10) Transtornos de alimentação

(11) Transtornos do sono

(12) Transtornos da personalidade

(13) Outros transtornos comportamentais

(99) NSA

A sua mãe usou ou usa medicamento psiquiátrico?

(0)não (1)sim (99) NSA

A sua mãe já foi internada em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica?

(0)não (1)sim (99) NSA

A sua mãe já manifestou a vontade de estar morta?

(0)não (1)sim

A sua mãe já tentou suicídio?

(0)não (1)sim (99) NSA

Quantas vezes? \_\_\_\_ vezes

b) a) O seu pai?

(0) não (1)sim (99) NSA (pular para os outros familiares)

Qual doença psiquiátrica o seu pai teve ou tem?

(1) Retardo mental

(2) Transtornos de déficit de atenção

(3) Demência (Alzheimer, Parkinson, etc)

(4) Abuso ou dependência de substâncias (álcool, cocaína, maconha, etc)

(5) Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos

(6) Depressão

(7) Transtorno bipolar

(8) Transtornos de ansiedade

(9) Transtornos sexuais

(10) Transtornos de alimentação

(11) Transtornos do sono

(12) Transtornos da personalidade

(13) Outros transtornos comportamentais

(99) NSA

O seu pai usou ou usa medicamento psiquiátrico?

(0)não (1)sim (8) NSA

O seu pai já foi internado em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica?

(0)não (1)sim (8) NSA

O seu pai já manifestou a vontade de estar morto?

(0)não (1)sim

O seu pai já tentou suicídio?

(0)não (1)sim (8) NSA

Quantas vezes? \_\_\_\_ vezes

c) O(s) seu(s) irmão(s) ou irmã(s)?

(0) não (1)sim ((8) NSA (pular para os outros familiares))

Qual doença psiquiátrica o(s) seu(s) irmão(s) teve ou tiveram?

- (1) Retardo mental
- (2) Transtornos de déficit de atenção
- (3) Demência (Alzheimer, Parkinson, etc)
- (4) Abuso ou dependência de substâncias (álcool, cocaína, maconha, etc)
- (5) Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
- (6) Depressão
- (7) Transtorno bipolar
- (8) Transtornos de ansiedade
- (9) Transtornos sexuais
- (10) Transtornos de alimentação
- (11) Transtornos do sono
- (12) Transtornos da personalidade
- (13) Outros transtornos comportamentais
- (99) NSA

O(s) seu(s) irmão(s) usou ou usaram medicamento psiquiátrico??

(0)não (1)sim (99) NSA

O(s) seu(s) irmão(s) já foi ou foram internado(s) em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica?

(0)não (1)sim (99) NSA

O(s) seu(s) irmão(s) já manifestou ou manifestaram a vontade de estar(em) morto(s)??

(0)não (1)sim

O(s) seu(s) irmão(s) já tentou ou tentaram suicídio?

(0)não (1)sim (99) NSA

Quantas vezes? \_\_\_\_ vezes

d) O(s) seu(s) filho(s) ou filha(s)?

(0) não (1)sim (8) NSA (pular para os outros familiares)

Qual doença psiquiátrica o(s) seu(s) filho(s) teve ou tiveram?

- (1) Retardo mental
- (2) Transtornos de déficit de atenção
- (3) Demência (Alzheimer, Parkinson, etc)
- (4) Abuso ou dependência de substâncias (álcool, cocaína, maconha, etc)
- (5) Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
- (6) Depressão
- (7) Transtorno bipolar
- (8) Transtornos de ansiedade



- (9) Transtornos sexuais
- (10) Transtornos de alimentação
- (11) Transtornos do sono
- (12) Transtornos da personalidade
- (13) Outros transtornos comportamentais
- (14) NSA

O(s) seu(s) filho(s) usou ou usaram medicamento psiquiátrico?

(0)não (1)sim (99) NSA

O(s) seu(s) filho(s) já foi ou foram internado(s) em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica?

(0)não (1)sim (99) NSA

O(s) seu(s) filho(s) já manifestou ou manifestaram a vontade de estar(em) morto(s)?

(0)não (1)sim

O(s) seu(s) filho(s) já tentou ou tentaram suicídio?

(0)não (1)sim (99) NSA

Quantas vezes? \_\_\_\_ vezes

e) Outro familiar seu (avô, avó, tios ou primos)?

(0) não (1)sim (99) NSA (pular para os outros familiares)

Qual doença psiquiátrica o(s) seu(s) outro(s) familiar(es) teve ou tiveram??

- (1) Retardo mental
- (2) Transtornos de déficit de atenção
- (3) Demência (Alzheimer, Parkinson, etc)
- (4) Abuso ou dependência de substâncias (álcool, cocaína, maconha, etc)
- (5) Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos
- (6) Depressão
- (7) Transtorno bipolar
- (8) Transtornos de ansiedade
- (9) Transtornos sexuais
- (10) Transtornos de alimentação
- (11) Transtornos do sono
- (12) Transtornos da personalidade
- (13) Outros transtornos comportamentais
- (99) NSA

O(s) seu(s) outro(s) familiar(es) usou ou usa medicamento psiquiátrico?

(0)não (1)sim (99) NSA

O(s) seu(s) outro(s) familiar(es) já foi internado em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica?

(0)não (1)sim (99) NSA

Algum familiar seu já manifestou a vontade de estar morto OU já tentou suicídio?

(0)não (1)sim (99) NSA

Qual familiar?

(1) Avô paterno (5) Tio(a) paterno(a)

(2) Avó paterna (6) Tio(a) materno(a)

(3) Avô materno (7) Primo(s)

(4) Avó materna (8) Outros

(99) NSA

Algum outro familiar já tentou suicídio?

*Selecione NSA se a resposta for NÃO.*

(1) Avô paterno (5) Tio(a) paterno(a)

(2) Avó paterna (6) Tio(a) materno(a)

(3) Avô materno (7) Primo(s)

(4) Avó materna (8) Outros

(99) NSA

❖ ABEP

13. Qual a escolaridade do chefe da família?

(1) Nenhuma ou até 3a série (primário incompleto)

(2) 4a série (primário completo) ou 1o grau (ginasial) incompleto

(3) 1o grau (ginasial) completo ou 2o grau (colegial) incompleto

(4) 2o grau (colegial) completo ou nível superior incompleto

(5) Nível superior completo

15. Na tua casa tem: (LER OPÇÕES)

❖ 41. Neste momento, gostaríamos que você lesse com atenção os eventos vitais listados abaixo, marcando se eles que aconteceram ou não no ÚLTIMO ANO.

- |                               |         |         |
|-------------------------------|---------|---------|
| a) Morte do cônjuge           | (1) sim | (0) não |
|                               | (1) sim | (0) não |
| b) Separação                  | (1) sim | (0) não |
|                               | (1) sim | (0) não |
| c) Casamento                  | (1) sim | (0) não |
| d) Morte de alguém da família | (1) sim | (0) não |
|                               | (1) sim | (0) não |
| e) Gravidez                   | (1) sim | (0) não |
|                               | (1) sim | (0) não |
|                               | (1) sim | (0) não |
|                               | (1) sim | (0) não |

- |   |         |         |
|---|---------|---------|
| f) Doença na família  | (1) sim | (0) não |
|   | (1) sim | (0) não |
| g) Acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em sua casa | (1) sim | (0) não |
|   | (1) sim | (0) não |
| h) Nascimento na família  | (1) sim | (0) não |
|   | (1) sim | (0) não |
| i) Mudança de casa  | (1) sim | (0) não |
|   | (1) sim | (0) não |
| j) Mudança de escola  | (1) sim | (0) não |
|   | (1) sim | (0) não |
| k) Reconciliação matrimonial  | (1) sim | (0) não |
|   | (1) sim | (0) não |
| l) Aposentadoria  | (1) sim | (0) não |
|   | (1) sim | (0) não |
| m) Perda de emprego   |         |         |
| n) Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)                  |         |         |
| o) Dificuldades com a chefia  |         |         |
| p) Reconhecimento profissional                                      |         |         |
| q) Acidentes  |         |         |
| r) Perdas financeiras   |         |         |
| s) Dificuldades sexuais   |         |         |
| t) Problemas de saúde   |         |         |
| u) Morte de um amigo  |         |         |
| w) Dívidas  |         |         |
| v) Mudanças de hábitos pessoais                                     |         |         |
| x) Mudanças de atividades recreativas                               |         |         |
| y) Mudanças de atividades religiosas                                |         |         |
| z) Mudanças de atividades sociais                                   |         |         |

→

❖ 43. **Agora vamos falar sobre tuas atividades diárias. Por favor, responda a alternativa que melhor represente como tens te sentido.**

*INSTRUÇÕES: QUEREMOS SABER SUA OPINIÃO SOBRE SUA SAÚDE. ESSA INFORMAÇÃO NOS AJUDARÁ A SABER COMO O(A) SR(A). SE SENTE E COMO É CAPAZ DE FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA. RESPONDA CADA QUESTÃO INDICANDO A RESPOSTA CERTA. SE ESTÁ EM DÚVIDA SOBRE COMO RESPONDER A QUESTÃO, POR FAVOR, RESPONDA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.*

1. Em geral, tu dirias que tua saúde é: (circule uma)

Excelente..... 1

Muito boa.....	2
Boa .....	3
Ruim .....	4
Muito Ruim .....	5

As perguntas seguintes são sobre as coisas que o(a) Sr(a). Faz na média, no seu dia a dia (dia típico/comum).

*AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE COISAS QUE O(A) SR(A). FAZ NA MÉDIA, NO SEU DIA A DIA (DIA TÍPICO/COMUM).*

O(a) Sr(a) acha que sua saúde, agora, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo:

2. Atividades médias (como mover uma cadeira, fazer compras, limpar a casa, trocar de roupa)?

sim, dificulta muito.....	1
sim, dificulta um pouco.....	2
não, não dificulta de modo algum.....	3

3. O(a) Sr(a) acha que sua saúde, agora, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo: subir três ou mais degraus de escada?

sim, dificulta muito.....	1
sim, dificulta um pouco.....	2
não, não dificulta de modo algum.....	3

4. Durante as últimas 4 semanas, o(a) Sr(a) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo:

Fez menos do que gostaria, por causa da sua saúde física?

- (0) não
- (1) sim

5. Durante as últimas 4 semanas, o (a), Sr(a) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: sentiu-se com dificuldade no trabalho ou em outras atividades, por causa de sua saúde física?

- (0) não
- (1) sim

Durante as últimas 4 semanas, o(a) Sr(a) teve algum dos seguintes problemas, como por exemplo:

6. Fez menos do que gostaria, por causa de problemas emocionais?

- (0) não
- (1) sim

7. Durante as últimas 4 semanas, o(a) Sr(a) teve algum dos seguintes problemas, como por exemplo: deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades cuidadosamente, como de costume, por causa de problemas emocionais?

- (0) não
- (1) sim

8. Durante as últimas 4 semanas, alguma dor atrapalhou seu trabalho normal (tanto o trabalho de casa como o de fora de casa)?

não, nem um pouco.....	1
um pouco.....	2
moderadamente.....	3
bastante.....	4
extremamente.....	5

Estas questões são sobre como o(a) Sr(a) se sente e como as coisas têm andado para o(a) Sr(a), durante as 4 últimas semanas, para casa questão, por favor, dê a resposta que mais se assemelha à maneira como o (a) Sr(a) vem se sentindo.

Quanto tempo durante as últimas 4 semanas:

9. O(a) Sr(a) tem se sentindo calmo e tranquilo?

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| todo o tempo.....               | 1 |
| a maior parte do tempo.....     | 2 |
| uma boa parte do tempo.....     | 3 |
| alguma parte do tempo.....      | 4 |
| uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| nem um pouco do tempo.....      | 6 |

10. Quanto tempo duranre as últimas 4 semanas o(a) Sr(a) teve bastante energia?

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| todo o tempo.....               | 1 |
| a maior parte do tempo.....     | 2 |
| uma boa parte do tempo.....     | 3 |
| alguma parte do tempo.....      | 4 |
| uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| nem um pouco do tempo.....      | 6 |

11. Quanto tempo durante as últimas 4 semanas: O(a) Sr(a) sentiu-se desanimado e deprimido?

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| todo o tempo.....               | 1 |
| a maior parte do tempo.....     | 2 |
| uma boa parte do tempo.....     | 3 |
| alguma parte do tempo.....      | 4 |
| uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| nem um pouco do tempo.....      | 6 |

12. Durante as últimas 4 semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde ou problemas emocionais atrapalharam suas atividades sociais, tais como: visitar amigos, parentes, sair, etc?

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| todo o tempo.....               | 1 |
| a maior parte do tempo.....     | 2 |
| uma boa parte do tempo.....     | 3 |
| alguma parte do tempo.....      | 4 |
| uma pequena parte do tempo..... | 5 |
| nem um pouco do tempo.....      | 6 |

APLICAR O M.I.N.I

→ **YOUNG MANIA RATING SCALE** (último 15 dias- somente para quem pontuou T.Bipolar na M.I.N.I)

01. HUMOR E AFETO ELEVADOS

- (0) Ausência de elevação do humor ou afeto
- (1) Humor ou afeto discretos ou possivelmente aumentados, quando questionado
- (2) Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento
- (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso
- (4) Eufórico; risos inadequados, cantando

02. ATIVIDADE MOTORA - ENERGIA AUMENTADA

- (0) Ausente
- (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora
- (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados
- (3) Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)
- (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

03. INTERESSE SEXUAL

- (0) Normal; sem aumento
- (1) Discreta ou possivelmente aumentado
- (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado
- (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; auto-relato de hipersexualidade
- (4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas

04. SONO

- (0) Não relata diminuição do sono
- (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual.
- (2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual.
- (3) Relata diminuição da necessidade de sono
- (4) Nega necessidade de sono

05. IRRITABILIDADE

- (0) Ausente

- (2) Subjetivamente aumentada
- (4) Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria
- (6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo
- (8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível

#### 06. FALA (VELOCIDADE E QUANTIDADE)

- (0) Sem aumento
- (2) Percebe-se mais falante do que o seu habitual
- (4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborréico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)
- (6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)
- (8) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)

#### 07. LINGUAGEM – DISTÚRBO DO PENSAMENTO

- (0) Sem alterações
- (1) Circunstancial; pensamentos rápidos
- (2) Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos freqüentemente; pensamentos muito acelerados
- (3) Fuga de idéias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante
- (4) Incoerência; comunicação impossível

#### 08. CONTEÚDO

- (0) Normal
- (2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sócio-cultural do paciente, mas questionáveis
- (4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição sócio-econômica do paciente; hiper-religioso
- (6) Idéias supervalorizadas
- (8) Delírios

#### 09. COMPORTAMENTO DISRUPTIVO AGRESSIVO

- (0) Ausente, cooperativo
- (2) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado
- (4) Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada
- (6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

#### 10. APARÊNCIA

- (0) Arrumado e vestido apropriadamente
- (1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados
- (2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero
- (3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante

### **AUTONOMIA**

1. Ser responsável pelas tarefas de casa

(0) (1) (2) (3)

(4)  
Completamen  
te  
descuidado;  
com muitos  
adornos e

adereços; roupas bizarras

### 11. INSIGHT (DISCERNIMENTO)

- (0) Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento
- (1) Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento
- (2) Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento
- (3) Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento
- (4) Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento

→ (FAST) Agora eu gostaria de saber o teu grau de dificuldade em relação a alguns aspectos

(0) nenhuma    (1) pouca    (2) bastante    (3) muita



2. Morar sozinho (0) (1) (2) (3)  
 3. Fazer as compras de casa (0) (1) (2) (3)  
 4. Cuidar-se de si mesmo (aspecto físico, higiene) (0) (1) (2) (3)

**TRABALHO**

5. Realizar um trabalho remunerado (0) (1) (2) (3)  
 6. Terminar as tarefas tão rápido quanto era necessário (0) (1) (2) (3)  
 7. Obter o rendimento previsto no trabalho (0) (1) (2) (3)  
 8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade (0) (1) (2) (3)  
 9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa (0) (1) (2) (3)

**COGNIÇÃO**

10. Concentrar-se em uma leitura, um filme (0) (1) (2) (3)  
 11. Fazer cálculos mentais (0) (1) (2) (3)  
 12. Resolver adequadamente os problemas (0) (1) (2) (3)  
 13. Lembrar o nome de pessoas novas (0) (1) (2) (3)  
 14. Aprender uma nova informação (0) (1) (2) (3)

**FINANÇAS**

15. Administrar seu próprio dinheiro (0) (1) (2) (3)  
 16. Fazer compras equilibradas (0) (1) (2) (3)

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS**

17. Manter uma amizade (0) (1) (2) (3)  
 18. Participar de atividades sociais (0) (1) (2) (3)  
 19. Dar-se bem com pessoas a sua volta (0) (1) (2) (3)  
 20. Convivência familiar (0) (1) (2) (3)  
 21. Relações sexuais satisfatórias (0) (1) (2) (3)  
 22. Capaz de defender os próprios interesses (0) (1) (2) (3)

**LAZER**

23. Praticar esporte ou exercícios (0) (1) (2) (3)  
 24. Ter atividades de lazer (0) (1) (2) (3)

**54. Escala de Montgomery**

*A avaliação deve basear-se em uma entrevista clínica que se inicie com perguntas genéricas sobre sintomas*

*e seja acompanhada de questões mais detalhadas que permitam a avaliação precisa da gravidade. O avaliador deve decidir se a avaliação se situa em graus definidos da escala (0, 2, 4, 6) ou entre eles (1, 3, 5).*

### **1. Tristeza Aparente**

Representando desânimo, tristeza e desespero (mais que um abatimento simples e transitório), refletidos na fala, expressão facial a postura. Avalie pela profundidade e incapacidade de alegrar-se.

0. Nenhuma tristeza
- 1.
2. Parece abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 3.
4. Parece triste e infeliz a maior parte do tempo.
- 5.
6. Parece muito triste todo o tempo. Extremamente desanimado..

### **2. Tristeza Relatada**

Representando relatos de humor depressivo, independente de estarem refletidos na aparência. Inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e desesperança.

Avalie pela intensidade, duração e grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.

0. Tristeza ocasional compatível com as circunstâncias.
- 1.
2. Triste e abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 3.
4. Sentimentos predominantes de tristeza ou melancolia. O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas.
- 5.
6. Tristeza, infelicidade ou desânimo contínuos e invariáveis.

### **3. Tensão Interior**

Representando sentimentos de desconforto indefinido, inquietação, agitação interior, tensão mental crescente chegando até pânico, pavor ou angústia.

Avaliar de acordo com intensidade, freqüência, duração do grau de reassuramento necessário.

0. Tranqüilo, somente tensão interior fugaz.
- 1.
2. Sentimentos ocasionais de inquietação e desconforto indefinido.
- 3.
4. sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o paciente só consegue dominar com alguma dificuldade.
- 5.
6. Apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável.

### **4. Sono Diminuído**

Representando a experiência de redução de duração ou profundidade do sono comparadas com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem.

0. Dorme normalmente
- 1.

2. Leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido.
- 3.
4. Sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, duas horas.
- 5.
6. Menos de duas ou três horas de sono.

### **5. Diminuição Do Apetite**

Representando o sentimento de perda de apetite quando comparado ao seu normal. Avalie pela perda da vontade de comer ou pela necessidade de forçar-se a comer.

0. Apetite normal ou aumentado.
- 1.
2. Apetite levemente diminuído.
- 3.
4. Sem apetite. A comida não tem sabor.
- 5.
6. É necessário ser sempre persuadido para comer.

### **6. Dificuldades de Concentração**

Representando dificuldades em concluir ou organizar os pensamentos chegando à falta de concentração incapacitante. Avalie de acordo com a intensidade, a frequência e o grau de incapacidade resultante.

0. Sem dificuldade para se concentrar.
- 1.
2. Dificuldades ocasionais em concluir ou organizar os pensamentos.
- 3.
4. Dificuldades para se concentrar e sustentar o pensamento, que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa.
- 5.
6. Incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade.

### **7. Lassidão**

Representando a dificuldade ou a lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras.

0. Dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça.
- 1.
2. Dificuldades para iniciar atividades.
- 3.
4. Dificuldades para começar atividades rotineiras simples, que são realizadas à custa de esforço.
- 5.
6. Lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda.

### **8. Incapacidade de Sentir**

Representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou por atividades que são normalmente prazerosas. A capacidade de reagir com emoção apropriada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida.

0. Interesse normal pelo ambiente e pelas outras pessoas.
- 1.
2. Capacidade reduzida de desfrutar interesses rotineiros.

- 3.
4. Perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos.
- 5.
6. A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta de sentimentos completa ou mesmo dolorosa em relação a parentes próximos ou amigos.

### 9. Pensamentos Pessimistas

Representando pensamentos de culpa, inferioridade, auto-reprovação, pecado, remorso e ruína.

0. Sem pensamentos pessimistas.
- 1.
2. Idéias flutuantes de falha, autoreprovação ou auto-depreciação.
- 3.
4. Auto-acusações persistentes ou idéias definidas, mas ainda racionais de culpa ou pecado. Progressivamente pessimista sobre o futuro.
- 5.
6. Delírios de ruína, remorso ou pecado irremediável. Auto-acusações que são absurdas e inabaláveis.

### 10. Pensamentos Suicidas

Representando o sentimento de que não vale a pena viver, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio.

Tentativas de suicídio por si só não devem influenciar a avaliação.

0. Aprecia a vida ou a aceita como ela é.
- 1.
2. Enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios
- 3.
4. Provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são freqüentes e o suicídio é considerado com uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.
- 5.
6. Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência para o suicídio.

### → BIOLOGICAL RYTHM INTERVIEW OF ASSESSMENT IN NEUROPSYCHIATRY – BRIAN

Dos aspectos indicados abaixo assinale a opção que melhor descreve a conduta do paciente nos últimos 15 dias.

**(0) nenhuma      (1) pouca      (2) bastante      (3) muita**

#### SONO

- ( ) Qual o seu grau de dificuldade em dormir na hora habitual.
- ( ) Qual o seu grau de dificuldade em acordar na hora habitual.
- ( ) Qual o seu grau de dificuldade em sair da cama depois de despertar.
- ( ) Qual o seu grau de dificuldade em sentir-se descansado com o número de horas que dorme (estar descansado

inclui a sensação subjetiva e desempenho normal em tarefas diárias como dirigir, raciocinar e trabalhar).

( ) Qual o seu grau de dificuldade em “desligar” nos momentos de descanso?

### **ATIVIDADES**

( ) Qual o seu grau de dificuldade em terminar todas as atividades que faz em seu trabalho?

( ) Qual o seu grau de dificuldade em terminar suas atividades habituais (limpar a casa, fazer compras)?

( ) Qual o seu grau de dificuldade em manter seu ritmo de atividade física (por exemplo: tomar um ônibus/metro ou praticar um esporte – se isto faz parte de sua rotina)

( ) Qual é seu grau de dificuldade em cumprir o horário habitual de suas tarefas.

( ) Qual o seu grau de dificuldade em manter seu nível de desejo/atividade sexual?

### **SOCIAL**

( ) Qual o seu grau de dificuldade em relacionar-se e comunicar-se com as pessoas com quem convive?

( ) Qual o seu grau de dificuldade em usar de forma equilibrada aparelhos eletrônicos como TV, internet, etc (sem que isto prejudique seu contato com as pessoas com quem convive ou gastem um número de horas desproporcionais as seus outros afazeres).

( ) Qual o grau de dificuldade em ajustar suas rotinas e padrão de sono ao das pessoas com quem convive (familiares, vizinhos, amigos).

( ) Qual o grau de dificuldade em disponibilizar de tempo e atenção para as pessoas com quem convive (familiares, vizinhos, amigos)?

### **ALIMENTAÇÃO**

( ) Qual o seu grau de dificuldade em manter o horário das suas refeições (café da manhã, almoço e jantar)?

( ) Qual o seu grau de dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a não pular refeições?

( ) Qual o seu grau de dificuldade em manter seu padrão alimentar habitual no que se refere a quantidade de alimento ingerido?

( ) Qual o seu grau de dificuldade em consumir com moderação estimulantes (como café e coca-cola) ou chocolates/doces?

### **RITMO PREDOMINANTE** (vespertino ou matutino)

Esta parte da escala é opcional e se refere aos seus hábitos. Considere aqui os últimos 12 meses.

**(1) nunca      (2) raramente      (3) quase sempre      (4) sempre**

( ) Você tem a tendência a estar mais ativo à noite (trabalho, relações interpessoais)?

( ) Você tem a sensação que pela manhã é mais produtivo?

( ) Você tem trocado seu dia pela noite?

**AUTO- APLICÁVEL**

→ As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente.

Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, utilize a escala abaixo para melhor descrever o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

**(0) nunca      (1) poucas vezes      (2) às vezes      (3) muitas vezes      (4) sempre**

Enquanto eu crescia...

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. Eu não tive o suficiente para comer.  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”. | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.                               | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.                              | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 6. Eu tive que usar roupas sujas.  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 7. Eu me senti amado (a).  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou                                 | (0) (1) (2) (3) (4) |

consultar um médico.

10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família. (0) (1) (2) (3) (4)
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos. (0) (1) (2) (3) (4)
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram. (0) (1) (2) (3) (4)
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. (0) (1) (2) (3) (4)
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam. (0) (1) (2) (3) (4)
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente. (0) (1) (2) (3) (4)
16. Eu tive uma ótima infância. (0) (1) (2) (3) (4)
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar. (0) (1) (2) (3) (4)
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava. (0) (1) (2) (3) (4)
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas. (0) (1) (2) (3) (4)
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual. (0) (1) (2) (3) (4)
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. (0) (1) (2) (3) (4)
22. Eu tive a melhor família do mundo. (0) (1) (2) (3) (4)
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo. (0) (1) (2) (3) (4)
24. Alguém me molestou. (0) (1) (2) (3) (4)
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente. (0) (1) (2) (3) (4)
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei. (0) (1) (2) (3) (4)
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente. (0) (1) (2) (3) (4)
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio. (0) (1) (2) (3) (4)

❖ **Gostaríamos que tu respondesses algumas questões de acordo com o teu comportamento na maior parte do tempo. Por favor, marque com um “X” na numeração de 1 a 7 apresentada abaixo de cada frase.**

21. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

22. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

23. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

24. Manter interesse nas coisas é importante para mim  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

25. Eu posso estar por minha conta se eu precisar  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

26. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

27. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
28. Eu sou amigo de mim mesmo  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
29. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
30. Eu sou determinado  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
31. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
32. Eu faço as coisas um dia de cada vez  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
33. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
34. Eu sou disciplinado  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
35. Eu mantenho interesse nas coisas  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
36. Eu normalmente posso achar motivo para rir  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
37. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
38. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
39. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
40. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
41. Minha vida tem sentido  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
42. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
43. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
44. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer  
Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente
45. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim



Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 concordo totalmente

**Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.**

<b>44 – Na tua vida, qual (is) dessas substâncias tu já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1
d.1 Crack (pedra)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol).	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

<b>45 – Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase todo dia</b>
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

<b>46 – Durante os últimos três meses, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir a (s) substância (s)? (vezes quase todo dia)</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase todo dia</b>
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
d.1 Crack (pedra)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	0	1	2	3	4

<b>h.</b> Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>i.</b> Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>j.</b> Outras, Especificar: _____	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

<b>47 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de substância (s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase todo dia</b>
<b>a.</b> Derivados do tabaco	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>b.</b> Bebidas alcoólicas	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>c.</b> Maconha (baseado, erva, haxixe...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d.</b> Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d.1</b> Crack (pedra)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>e.</b> Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>f.</b> Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>g.</b> Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>h.</b> Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>i.</b> Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>j.</b> Outras, Especificar: _____	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

<b>48 – Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso de substância (s) tu deixaste de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ou 2 vezes</b>	<b>Mensalmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diariamente ou quase todo dia</b>
<b>a.</b> Derivados do tabaco	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>b.</b> Bebidas alcoólicas	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>c.</b> Maconha (baseado, erva, haxixe...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d.</b> Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>d.1</b> Crack (pedra)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>e.</b> Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>f.</b> Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>g.</b> Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>h.</b> Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>i.</b> Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>j.</b> Outras, Especificar: _____	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

<b>49 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso de substância (s)?</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, mas não nos últimos 3 meses</b>	<b>SIM, nos últimos 3 meses</b>
<b>a.</b> Derivados do tabaco	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>b.</b> Bebidas alcoólicas	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>c.</b> Maconha (baseado, erva, haxixe...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>d.</b> Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

<b>d.1 Crack (pedra)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>j. Outras, Especificar: _____</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

<b>50 – Alguma vez tu já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de substância(s)?</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, mas não nos últimos 3 meses</b>	<b>SIM, nos últimos 3 meses</b>
<b>a. Derivados do tabaco</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>b. Bebidas alcoólicas</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>d.1 Crack (pedra)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>f. Inalantes (cola de sapateiro, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>j. Outras, Especificar: _____</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

<b>51 – Alguma vez tu já usaste substância(s) por injeção? (Apenas uso não-médico)</b>	<b>NÃO, nunca</b>	<b>SIM, mas não nos últimos 3 meses</b>	<b>SIM, nos últimos 3 meses</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**52.** Com que idade (em anos) tu experimentaste alguma substância (incluindo álcool e tabaco) pela primeira vez? \_\_\_ \_\_\_ anos

**MUITO OBRIGADO!**