UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
MESTRADO ACADÊMICO

MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM

FATORES ASSOCIADOS À IDEAÇÃO SUICIDA E À TENTATIVA DE SUICÍDIO DE JOVENS ESTUDANTES DE UM INSTITUTO FEDERAL DE PERNAMBUCO

Recife
2021

MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM

FATORES ASSOCIADOS À IDEAÇÃO SUICIDA E À TENTATIVA DE SUICÍDIO DE JOVENS ESTUDANTES DE UM INSTITUTO FEDERAL DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em saúde.
Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

Orientador: Profº. Drª. Iracema da Silva Frazão.

Coorientador: Profº. Drª. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli.

Recife

2021

Catalogação na fonte:
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4-1790

C932f Crispim, Marília de Oliveira
Fatores associados à ideação suicida e à tentativa de suicídio de jovens estudantes de um Instituto Federal de Pernambuco / Marília de Oliveira Crispim. - 2021.
119 f.

Orientadora: Iracema da Silva Frazão.
Coorientadora: Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2021.
Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Suicídio. 2. Estudantes. 3. Saúde mental. 4. Educação em saúde. 5. Enfermagem. I. Frazão, Iracema da Silva (Orientadora). II. Perrelli, Jaqueline Galdino Albuquerque. III.Título.

610.73 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2022-032)

MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM

FATORES ASSOCIADOS À IDEAÇÃO SUICIDA E À TENTATIVA DE SUICÍDIO DE JOVENS ESTUDANTES DE UM INSTITUTO FEDERAL DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Aprovada em: 31/08/2021

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Drª. Iracema da Silva Frazão (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

_____

Prof.ª Drª. Tatiane Gomes Guedes (Examinadora Interno)

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

_____

Prof.ª Drª. Vânia Pinheiro Ramos (Examinadora Interno)

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

_____

Prof.ª Drª. Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque (Examinadora Externo)

Faculdade Pernambucana de Saúde -FPS

Dedico esse trabalho aos amigos e familiares
que fazem parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus pela minha vida, por toda força que Ele me deu, pois mesmo diante de todas as dificuldades advindas, me fez enxergar e compreender a importância da persistência.

Paralelamente, agradeço a Ele por ter colocado pessoas especiais e de suma importância que me acompanharam e contribuíram positivamente para que fosse factível a concretização desse trabalho. Sendo assim, em consideração a todos, apresento nesta condição, os mais sinceros agradecimentos:

À minha mãe Ivonete, que me proporcionou amor e educação, que sempre foi e sempre será meu alicerce e essência de inspiração para cada passo que dou na vida, me apoiou e me orientou, a tenho como exemplo de mulher, mãe e profissional.

Aos meus familiares e amigos, que sempre me apoiaram em todas as minhas decisões, sempre estiveram presentes nos momentos bons, me ajudaram nos momentos difíceis e acompanharam minha jornada até aqui. Obrigada pela oportunidade de dividir mais essa etapa com vocês.

As minhas orientadoras, Prof.ª Drª Iracema da Silva Frazão e Prof.ª Drª Jaqueline Albuquerque Galdino Perrelli, um agradecimento especial pelo apoio que me destinaram, por mostrarem-se disponíveis durante o projeto, pelo rigor e ensinamentos valiosos, mas sobretudo pela confiança, incentivo e estímulo ao longo de todo o processo em que pude construir um sentido de competência, coerência e integridade pessoal e científica.

À banca examinadora pelas contribuições e colaborações neste estudo.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, pela oportunidade de aperfeiçoamento e aprendizado.

À equipe da Diretoria de Assistência ao Estudante do IFPE- Recife, que colaboraram diretamente no aperfeiçoamento do meu projeto. Obrigada a todos pelo acolhimento e colaboração.

Ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital das Clínicas de Pernambuco-HC/UFPE/EBSERH, aos meus amigos de trabalho, por toda paciência, aprendizado, parceria e por favorecer o meu crescimento profissional. Irei levá-los para toda a vida com muito carinho e gratidão.

A todos aqueles, que embora não tendo sido mencionados, mas muito contribuíram para a realização deste trabalho.

“Feliz de quem atravessa a vida inteira tendo mil razões para viver.”

(CÂMARA, 1978, p.101)

RESUMO

O comportamento suicida é um grave problema de saúde pública, pelo aumento da prevalência que tem sido registrado na população jovem e os prejuízos sociais advindos, o que desperta a necessidade da compreensão dos seus aspectos, das ações de prevenção ao suicídio e de educação em saúde no ambiente acadêmico. A pesquisa objetivou analisar os fatores associados à ideação suicida e tentativa de suicídio de estudantes de uma Instituição Federal de Ensino Superior. Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado no período de abril a dezembro de 2019. A amostra foi composta por 876 estudantes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, matriculados na modalidade presencial dos cursos técnico e superior do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, *campus* Recife. Foi utilizado um instrumento com informações sociodemográficas, acadêmicas, comportamentos de risco e avaliação de saúde mental. Para verificação do comportamento suicida, adotou-se a escala de Ideação suicida de Beck (BSI) e para identificação de sofrimento mental, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A análise dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva, com testes de associação (Qui-quadrado de Pearson ou teste de Fisher) e regressão logística binária. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco, parecer nº 4.040.537. A prevalência de ideação suicida foi de 15,6% e tentativa de suicídio foi de 7,9%. O percentual de ocorrência de Transtorno Mental Comum foi de 41,3%. Os fatores associados à ideação suicida foram ter religião, consumo de maconha nos últimos 30 dias e quadro sugestivo de sofrimento mental. A religião diminuiu as chances de ocorrência desse pensamento. Sobre a tentativa de suicídio, a religião também se mostrou como fator que diminui as chances de ocorrência. Tentar suicídio duas ou mais vezes teve como variáveis associadas o uso de maconha nos últimos 30 dias e ocorrência de quadro sugestivo de sofrimento mental, ambas aumentaram substancialmente a chance de outra tentativa de suicídio. Ideação suicida e tentativa de suicídio mostraram associação significativa com consumo de maconha nos últimos 30 dias e quadros sugestivos de sofrimento mental. A alta prevalência de ideação suicida, tentativa de suicídio e sofrimento mental revela a necessidade de intervenções de curto e médio prazo, voltadas para população de jovens estudantes. Assim, dentro do contexto acadêmico, o enfermeiro educador pode direcionar as ações de educação em saúde para prevenção do suicídio, considerando, sobretudo, o uso abusivo de drogas, tentativas prévias de suicídio e quadro sugestivo de sofrimento mental.

Palavras chaves: suicídio; estudantes; saúde mental; educação em saúde; enfermagem.

ABSTRACT

Suicidal behavior is a serious public health problem, due to the increased prevalence that has been recorded in the young population and the resulting social damage, which raises the need to understand its aspects, suicide prevention actions and health education in the academic environment. The research aimed to analyze the factors associated with suicidal ideation and suicide attempt among students of a Federal Institution of Higher Education. Cross-sectional study with a quantitative approach, carried out from April to December 2019. The sample consisted of 876 students of both genders, over 18 years old, enrolled in the face-to-face modality of technical and higher education courses at the Federal Institute of Education, Science and Pernambuco Technology, Recife campus. An instrument with sociodemographic, academic, risk behaviors and mental health assessment information was used. To verify suicidal behavior, the Beck Suicidal Ideation Scale (BSI) was adopted and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) was used to identify mental suffering. Data analysis was performed using descriptive statistics, with association tests (Pearson's Chi-square or Fisher's test) and binary logistic regression. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco, opinion nº 4.040.537. The prevalence of suicidal ideation was 15.6% and suicide attempt was 7.9%. The percentage of occurrence of Common Mental Disorder was 41.3%. Factors associated with suicidal ideation were having a religion, marijuana use in the past 30 days and suggestive of mental suffering. Religion diminished the chances of this thought occurring. About the suicide attempt, religion was also shown as a factor that reduces the chances of occurrence. Attempting to commit suicide twice or more had as variables associated with the use of marijuana in the last 30 days and the occurrence of symptoms suggestive of mental suffering, both of which substantially increased the chance of another suicide attempt. Suicidal ideation and suicide attempt showed a significant association with marijuana use in the last 30 days and conditions suggestive of mental suffering. The high prevalence of suicidal ideation, suicide attempt and mental suffering reveals the need for short and medium term interventions aimed at the population of young students. Thus, within the academic context, the nurse educator can direct health education actions for the prevention of suicide, considering, above all, the abusive use of drugs, previous suicide attempts and a suggestive picture of mental suffering.

Keywords: suicide; students; mental health; health education; nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis dependentes.....31
Quadro 2 – Variáveis independentes.....31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica de estudantes de nível superior do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE). Recife, 2021.....37
Tabela 2 - Contexto acadêmico de estudantes de nível superior do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE). Recife, 2021.....39
Tabela 3 - Outras atividades realizadas por estudantes de nível superior do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE). Recife, 2021.....40
Tabela 4 - Descrição do comportamento suicida de estudantes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE). Recife, 2021.....41
Tabela 5 - Quadros sugestivos de Transtorno Mental Comum entre estudantes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), de acordo com o SRQ20. Recife, 2021.....42
Tabela 6 - Descrição dos itens do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), com base nas respostas de estudantes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE). Recife, 2021.....42
Tabela 7 - Análise da mediana dos escores do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) entre grupos com e sem ideação suicida. Recife, 2021.....43
Tabela 8 - Modelo de predição da ideação suicida com base na regressão logística binária pelo método Backward. Recife, 2021.....45
Tabela 9 - Modelo de predição da tentativa de suicídio (uma vez) com base na regressão logística binária pelo método Backward. Recife, 2021.....47
Tabela 10- Modelo de predição da tentativa de suicídio (duas vezes) com base na regressão logística binária pelo método *Backward*. Recife, 2021.....49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSI	Beck's suicidal ideation scale
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
CAV	Centro Acadêmico de Vitória
CCSA	Centro de Ciências Sociais Aplicadas
CCS	Centro de Ciências Sociais
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CNPQ	Conselho Nacional de Pesquisa
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
IFPE	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Informação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
REDCAP	Research Electronic Data Capture
SRQ - 20	Self-Reporting Questionnaire
SISU	Sistema de Seleção Unificada
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**13**
2	**OBJETIVOS**	**17**
2.1	GERAL	17
2.2	ESPECÍFICOS	17
3	**REVISÃO DE LITERATURA**	**18**
4	**METODOLOGIA**	**27**
4.1	TIPO DE ESTUDO	27
4.2	LOCAL DE ESTUDO	27
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	28
4.5	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO	30
4.6.1	**Variáveis dependentes**	**30**
4.6.2	**Variáveis independentes**	**31**
4.7	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	34
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	35
5	**ASPECTOS ÉTICOS**	**36**
6	**RESULTADOS**	**37**
7	**DISCUSSÃO**	**51**
8	**CONCLUSÃO**	**58**
	REFERÊNCIAS	**60**
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	**71**
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA PARA USO DE DADOS	**73**
	ANEXO B – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	**74**
	ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	**79**

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um problema de magnitude mundial que atinge toda a população. Estima-se que mais de 800 mil pessoas morrem anualmente por suicídio no mundo, o que equivale a aproximadamente uma morte a cada 40 segundos. Na população jovem, as taxas de suicídio têm apresentado tendência crescente, configurando-se como a segunda causa de morte na faixa etária de 15 a 29 anos (BRASIL, 2017).

Apesar de haver variação mundial na taxa de suicídio, observa-se que os países de baixa e média renda são os mais afetados e respondem globalmente por mais de 75% das ocorrências de suicídio (OMS, 2014). No Brasil, no período de 2011 a 2016, foi registrado crescimento contínuo na taxa de suicídio, sendo a quarta maior causa de óbitos entre os jovens de 15 a 29 anos (BRASIL, 2017).

O comportamento suicida inclui a ideação, a tentativa e o suicídio. A ideação compreende os pensamentos e ideias de pôr fim à própria vida. A tentativa de suicídio envolve atitudes que causem lesões com objetivos de provocar danos a si, em que há intenção de se matar; e o suicídio, quando a tentativa resulta em morte (BAHIA, 2017). Pensamentos e ideias suicidas são indicativos de sofrimento psicológico importante e podem ser considerados um sinal de risco de suicídio (MCHUGH, 2019).

A tentativa de suicídio é a manifestação de um processo que se desenvolve de maneira gradual e intervir precocemente é uma estratégia de prevenção (BRASIL, 2017), uma vez que tentativas de suicídio prévias são fortes preditores para o suicídio (BAHIA, 2017). No Brasil, cerca de 50,0% das hospitalizações, por tentativas de suicídio, foram realizadas por adolescentes, jovens e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 34 anos (MARTINS JUNIOR, 2016).

O suicídio associa-se variavelmente a diferentes fatores de risco e sugere heterogeneidade etiológica. O conhecimento dos fatores de risco e de proteção exerce papel relevante na prevenção do suicídio, pois a compreensão e o reconhecimento desses fatores, sejam eles biológicos, ambientais, psicológicos ou sociais, podem auxiliar na detecção de indivíduos em risco (TURECKI, 2016; QUARSHIE, 2019).

Vínculos positivos com familiares e amigos, redes de amizades no ambiente escolar, estratégias de *coping*, senso de coerência, autoeficácia, vigor, elevada autoestima, resiliência, são fatores protetores para o comportamento suicida (WYMAN, 2019; GRANER, 2019). A identificação precoce desses eventos pode ter reflexos positivos nas relações sociais, no desempenho educacional e na qualidade de vida dos estudantes (BIBI, 2019).

Fatores como depressão, ansiedade, desesperança, solidão, alcoolismo, intoxicação com estimulantes, cocaína, uso de anfetaminas, constituem elementos predisponentes para o suicídio (BAHIA, 2017). Outros aspectos também sugerem maior propensão ao suicídio e são apontados como preditores para o comportamento suicida, tais como viver sozinho (TORRES, 2018) e ter sofrido maus tratos na infância e adolescência (COSTA, 2019). O desempenho acadêmico também pode exercer papel modulador na associação de problemas emocionais e múltiplas tentativas de suicídio (GUO, 2019).

É crescente o comportamento suicida em jovens e estudantes de diversos níveis educacionais (ZHAI, 2015; TORRES, 2018; QUARSHIE, 2019). A fase de estudos traz inúmeras mudanças e desafios que podem expor o discente a situações estressantes com repercussões emocionais e acadêmicas (PEREIRA, 2015).

A inserção na idade adulta, o estresse acadêmico e problemas nas relações pessoais podem tornar os estudantes mais vulneráveis às situações de sofrimento mental (BIBI, 2019) e situações de dor psicológica podem ser gatilho para comportamentos suicida (CAMPOS, 2017). O relacionamento familiar frágil também pode resultar em baixo nível de bem-estar e maior risco para ideação suicida (ZHAI, 2015). Diante disso, o sofrimento psíquico tem sido alvo de investigação entre estudantes (GRANER, 2019). Nessa perspectiva, o ambiente educacional deve ser foco de estudos que investiguem o comportamento suicida, bem como demanda implementação de programas de prevenção do suicídio (PFLEDDERER, 2019).

Com o objetivo de implantar estratégias multisetoriais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu diretrizes para prevenção do suicídio através da publicação do primeiro relatório para prevenção do suicídio. A prevenção do suicídio também foi incluída como uma das metas global dos objetivos de desenvolvimento sustentável das Organização das Nações Unidas (ONU) e no plano de saúde mental da OMS, que tem por meta a redução de um terço na mortalidade por suicídio até 2030(OMS, 2019).

No Brasil, algumas legislações foram implantadas com o objetivo de reduzir a prevalência do suicídio. A portaria 1876/2006 estabeleceu as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, prevendo a articulação com secretarias de saúde, entidades governamentais e não governamentais, sociedade civil e instituições acadêmicas (BRASIL, 2006). Em 2019, a lei 13.819 instituiu uma política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, com o objetivo de promover a saúde mental, acompanhar os fatores determinantes e condicionantes, e promover a educação permanente. Dentro do contexto educacional, definiu que os estabelecimentos de ensino devem treinar e informar os seus funcionários quanto aos procedimentos de notificação compulsória de todo caso suspeito ou confirmado de

automutilação, tentativa de suicídio e suicídio consumado, a lei também prevê que os métodos de coleta e análise dos dados sejam aprimorados (BRASIL, 2019).

Analisando as estatísticas de suicídio em estudantes, evidenciasse que no Brasil não há dados recentes sobre suicídio representativos da população de estudantes de nível superior. O I Levantamento Nacional sobre o Uso do Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, realizado em 2009, evidenciou taxa de 5,0% de pensamento suicida entre os estudantes. No entanto, o referido levantamento não contemplou as Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) do estado de Pernambuco (BRASIL, 2010).

Apesar de existirem estudos sobre mortalidade por suicídio, em localizações específicas no Brasil, não se pode extrapolar esses dados para a descrição do país, dada às variações regionais (CICOGNA, 2019). Estudo que analisou dados sobre mortalidade por suicídio, no Brasil, no período de 2000 a 2012, evidenciou maior crescimento percentual desse fenômeno na região Nordeste (72,4%) e salientou importantes variações regionais (MACHADO, D., 2015).

Em 2015, a resolução 57/2015 aprovou o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) do IFPE que traz em seus Programas Universais, ações de Promoção em Saúde Mental e Qualidade de Vida dos estudantes (BRASIL, 2015). Assim, a avaliação da saúde mental e a identificação dos fatores associados ao comportamento suicida nos estudantes do IFPE, poderá favorecer a adoção de estratégias de intervenções eficazes para prevenção desse comportamento, a fim de que esses jovens possam transcorrer por esse período de vida de forma positiva, além de sensibilizar a comunidade acadêmica para inclusão de ações de promoção à saúde mental.

Apesar de haver uma política de assistência estudantil na referida instituição (IFPE, 2012) que prevê atenção à saúde biopsicossocial, é necessário que essas ações não tenham foco apenas em campanhas pontuais, mas que perpassem todo período da vida acadêmica dos discentes. Por conseguinte, essa pesquisa poderá estimular iniciativas de promoção da saúde que inclua a abordagem de saúde mental numa perspectiva abrangente e contínua.

Apesar de ser um grave problema de saúde pública, o suicídio pode ser evitável mediante estratégias de prevenção e intervenções eficazes, que considerem a sua relação multifatorial e que envolvam a participação de diversos setores, seja em âmbito político, social, dos meios de comunicação, da saúde e da educação(BRASIL, 2017).

Assim, observa-se a necessidade de as abordagens de prevenção voltadas para a população jovem considerarem as diversas dimensões da vida do discente, incluindo família,

colegas, profissionais de saúde e autoridades acadêmicas, por meio de programas educacionais e disponibilidade de serviços de saúde mental (PEREIRA, 2017). Dessa forma, o espaço acadêmico destaca-se como campo de informação, formador e facilitador para realização de intervenções de educação em saúde (PIEDRAHITA, 2012).

Promover saúde no ambiente educacional destaca a sua potencialidade de ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar, além de fortalecer os seus esforços para melhorar os problemas sociais, emocionais e de saúde dos estudantes (FEKKES, 2016).

Nessa perspectiva, o enfermeiro enquanto membro da equipe multiprofissional, pode ser uma figura relevante em grupos que promovam ações direcionadas à prevenção e manejo do comportamento suicida, assim como na composição de equipes gestoras que discutam políticas de prevenção do suicídio no ambiente universitário (SANTOS, H., 2017).

Em virtude de o período de ingresso no ensino superior para instrumentalização profissional ser um momento de transformações, experimentações e descobertas. Essas novas experiências podem acarretar situações estressoras, de incertezas e vulneráveis à adoção de comportamentos de risco. Dessa forma, além de reconhecê-las é imperioso compreender que as ações de cunho multisetorial são relevantes para que os ambientes acadêmicos se tornem espaços para o desenvolvimento de ações preventivas. O reconhecimento e diagnóstico situacional desses espaços são necessários para subsidiar e direcionar as ações de educação em saúde.

Diante do exposto, este estudo pretende analisar o comportamento suicida de estudantes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE), *campus* Recife, dada a escassez de dados representativos desse fenômeno nessa população, sobretudo na região nordeste do Brasil. Considerando a importante atuação do enfermeiro no IFPE como membro do corpo técnico da instituição, acredita-se que os achados desta pesquisa subsidiarão a implementação de intervenções de enfermagem voltadas para a prevenção do suicídio e de educação em saúde para a promoção da saúde mental dos discentes.

Nesse sentido, as ações de educação em saúde podem favorecer a aquisição de informações e habilidades para tomada de decisões de saúde com qualidade. A educação saúde baseada na avaliação das necessidades dos estudantes garante o reforço de orientações relevantes. Sendo assim, é importante a utilização de resultados baseados em evidências para recomendação de práticas para a educação em saúde (CDC, 2015).

Assim, elaborou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os fatores associados com o comportamento suicida (ideação suicida e tentativa de suicídio) em jovens estudantes de um instituto federal de Pernambuco?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os fatores associados à ideação suicida e tentativa de suicídio de estudantes do IFPE.

2.2 ESPECÍFICOS

Verificar a prevalência de ideação suicida em estudantes do IFPE;

Identificar a prevalência de tentativa de suicídio em estudantes do IFPE;

Investigar a presença de sofrimento mental em estudantes do IFPE;

Verificar a associação da ideação suicida e tentativa de suicídio com sofrimento mental em estudantes do IFPE;

Verificar a associação da ideação suicida e tentativa de suicídio com variáveis econômicas, sociodemográficas e acadêmicas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 PANORAMA HISTÓRICO

O suicídio é uma questão de ordem moral, filosófica e existencial, não há uma perspectiva única sobre o assunto (TATZ, 2017). Para Camus (2004), "só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia". Assim, toda complexidade cultural e histórica do suicídio precisa ser aberta à discussão (TATZ, 2017). Para isso, é necessário compreender que apesar da morte constituir uma condição inerente à vida humana, cada período histórico imprimiu condições e recursos diferentes que interferiram na maneira como os indivíduos se comportaram diante dela (MATTEDI, 2007).

Em termos históricos, a visão do suicídio oscilou ao longo da história e região, associado ao contexto sociocultural e religioso, os fragmentos históricos relacionados ao suicídio nos fornecem uma percepção social de um ato que ora foi valorizado como uma prática sociocultural, ora rechaçado como pecado e crime. As atitudes em relação ao suicídio se intensificaram após o cristianismo (ARAUJO, 2012). Derivada do latim *suicidium* (*sui "a si"* + *caedes*" que mata"), a palavra suicídio é conhecida desde o século XVII, com várias definições, traz em seu significado a ideia central: o ato de terminar com a própria vida (BOTEGA, 2015). Porém, apesar de ser um termo recente, o autoaniquilamento provém de épocas remotas (ANDRE, 2018).

Registros literários e filosóficos apresentam termos relacionados ao assunto (ANDRE, 2018), como na Grécia antiga, onde estoicos e epicuristas consideravam que todos poderiam eleger o método e hora da sua morte (ARAUJO, 2012). Na Roma antiga, as epístolas de Sêneca exprimiam a morte voluntária. Gregos e Romanos consideravam o suicídio como o último recurso, apesar disso, mártires da igreja utilizavam-no como um meio de acesso à vida eterna. No século V, Agostinho de Hipona (Santo Agostinho), trouxe em tom reprobatório os casos de autoaniquilamento numa interpretação ainda presente sobre a concepção do suicídio na teologia (ANDRE, 2018).

No decorrer da idade média a interpretação de Agostinho se manteve e foi nesse período que a morte voluntária se exacerbou com tom condenatório (ANDRE, 2018). Proibido pela igreja por representar um pecado inconcebível, os corpos dos suicidas, não podiam ser enterrados em cemitérios tradicionais, sendo criado cemitérios exclusivos para suicidas. Até o século XVIII, na França, era considerado crime, os bens do suicida eram confiscados e o

cadáver excomungado, exposto e queimado de forma desonrosa em praça pública (GUERREIRO, 2014). As famílias escondiam o suicídio pelo estigma de serem marcadas como pecadoras, refletindo um tabu social que perdura até hoje (NORTES, 2019).

Na literatura, no final do século XVIII, Johann Wolfgang Van Goethe, considerava que o suicídio fazia parte da natureza humana, com seu personagem Werther, famoso por protagonizar angústias e sofrimentos trágicos (TATZ, 2017). O protagonista deu nome à onda de suicídios por imitação, que ocorreram com jovens após a publicação do romance; essa onda recebeu o nome de "efeito Werther". Em decorrência disso, existe uma preocupação com a evidência dada ao suicídio e como ela pode influenciar outros jovens, o que acaba provocando um silenciamento, numa tentativa ineficaz de que ele evitaria a angústia provocada pela aproximação do tema (MORETTO, 2017).

No fim do período medieval a medicina já iniciava a discussão do suicídio trazendo-o para a patologização, migrando da ideia de pecado para a de loucura. Esse novo eixo se fortaleceu no início do século XIX, quando a psiquiatria se fortalece enquanto disciplina independente e o suicídio é apresentado como sintoma de doenças mentais (REIS, 2020). Assim, em diversas sociedades europeias, o suicídio passou a ser visto numa perspectiva biológica ou psicopatológica, com tendência hereditária (VARES, 2017).

Esse reducionismo psiquiátrico passou então a ser criticado por estudiosos como Émile Durkheim, numa visão social trazida em sua obra "O suicídio". Publicada no final do século XIX, ela consolidou a sociologia como ciência ao apresentar um estudo detalhado do suicídio como um fato social (Cardim, prefacio "o suicídio"). Para Durkheim, existia uma determinação social externa ao indivíduo, desse modo, a taxa de suicídio numa dada população deveria ser analisada com foco na sociedade, já que os fenômenos individuais seriam reflexos de causas sociais (Cardim, prefacio "o suicídio"). Nesse cenário, cada sociedade em um dado período histórico teria uma disposição definida para o suicídio, que variaria de acordo com o grau de coesão social (DURKHEIM, 1986).

Há diversas posições de estudiosos que vinculam o suicídio desde a dimensão individual até à social e os que articulam de maneiras diferentes as duas dimensões. No âmbito individual, considerado um transtorno de saúde do indivíduo, destacam-se os aspectos clínicos, analisados por profissionais de saúde mental. No âmbito social, considera-se os problemas sociais e econômicos, nesse caso o suicídio estaria relacionado a pressão exercida pela coesão social sobre os indivíduos. Apesar de não haver uma unidade que ligue esses dois polos, existe um

consenso genérico em compreender o suicídio como uma questão individual com causas sociais (RIBEIRO, 2018).

Com o advento das sociedades modernas e as crescentes representações coletivas decorrentes do processo de modernização, a autonomia do indivíduo nessa interação com o coletivo tende a aumentar, ao passo que a consciência coletiva diminui na mesma proporção (VARES, 2017). A sociedade individualizada e a concepção do mundo líquido-moderno nos revelam uma sociedade instável e veloz (BAUMAN, 2001). Essa instabilidade consequentemente recai nas relações interpessoais, em que os sujeitos se colocam em posição narcisista, tornando as relações fragmentadas. Além disso, aumenta a necessidade de serem originais, e num ambiente hostil, no qual os sujeitos passam a ser unicamente responsáveis por suas conquistas e fracassos, se veem desamparados, o mal-estar do homem contemporâneo (MACHADO, J., 2020).

Quando o senso de coletividade diminui, e a ausência de alteridade, solidariedade e respeito fragilizam a capacidade de reconhecer a dor do outro, a noção de humanidade é colocada em risco. Assim, a compreensão da perspectiva de vida e de morrer e o entendimento de que o suicídio não se refere a apenas um modo de morte, mas sim um modo de morrer, amplia a compreensão da perspectiva psicossocial do viver na pós-modernidade (BOTTI, 2019).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO COMPORTAMENTO SUICIDA EM JOVENS

O suicídio é a segunda causa principal de morte em jovens e adultos jovens com idade entre 15 e 29 anos, faixa etária composta por estudantes que em geral estão inseridos em instituições educacionais em busca de inserção no mercado de trabalho (DUTRA, 2012). Apesar de ocupar essa posição, os dados podem ser ainda mais preocupantes (OMS, 2014), uma vez que as estatísticas de suicídio suscitam dúvidas no que concerne a representatividade dos dados (BOTEGA, 2015), pois suas taxas são subestimadas devido à escassez de vigilância e falhas nos registros, com erros de classificação (OMS, 2014).

Os registros podem sofrer influências da subnotificação e da dificuldade na determinação do suicídio, o que pode variar entre os países. Além disso, para a sua determinação é preciso estabelecer a intenção de morrer, tornando-se um complicador no caso de mortes violentas (BOTEGA, 2015). Não obstante, aproximadamente 800 mil pessoas morrem anualmente por suicídio no mundo, e os países de baixa e média renda respondem por

76%. Em termo absoluto, o Brasil está em oitavo lugar em número de óbitos (OMS, 2014), mas por ser um país populoso, observa-se baixos coeficientes (FERREIRA JUNIOR, 2015).

Ainda assim, o Brasil apresentou um crescimento nas taxas de suicídio entre as décadas de 1980 a 2012, com um aumento no período de 62,5% (SILVA, 2018). Entre os anos de 2011 a 2015 foram registrados 55.649 óbitos, atingindo uma taxa de 5,7 /100 habitantes em 2015. Entre 2012 e 2016 ocorreram em média 3043 suicídios em adolescentes e jovens, assumindo a quarta causa de óbitos nesses grupos etários (BRASIL, 2017).

Alguns estados da região sul e centro-oeste, como Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, apresentaram as maiores taxas, chegando respectivamente a 8,5; 8,8 e 10,3 óbitos (BRASIL,2017), taxas semelhantes à de alguns países do leste Europeu (CICOGNA, 2019). Já o Nordeste, apresentou entre os anos de 2000 e 2012 o maior crescimento na taxa de suicídio, com um aumento percentual de 72,4% (MACHADO, D., 2015).

Estima-se que para cada ocorrência de suicídio, haja aproximadamente vinte tentativas (OMS, 2014). O suicídio é mais frequente no sexo masculino, ao passo que as tentativas são mais prevalentes no feminino (BRASIL, 2017). As tentativas de suicídio configuram-se como um dos fatores de risco mais importantes para o suicídio. Um estudo do perfil epidemiológico dos suicídios e das tentativas no Brasil, durante o período de 2011 a 2016, evidenciou que 71,1% das tentativas se concentraram em homens com idade entre 10 e 39 anos e 73,1% em mulheres, para a mesma faixa etária. Houve um predomínio de notificação de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídios em mulheres, adolescentes e adultos jovens, e residentes em áreas urbanas (BRASIL, 2017).

Devido a importantes variações regionais na mortalidade por suicídio, os dados não podem ser extrapolados para a descrição do país (MACHADO, D., 2015; CICOGNA, 2019). Se observamos a dimensão continental e as diferenças econômicas, culturais e sociais, além da distribuição desigual de recursos e serviços e do contexto atual de instabilidade política e econômica, compreenderemos o quanto são necessárias abordagens de prevenção do suicídio que considerem esses aspectos (DANTAS, 2019). Portanto, as ações preventivas devem considerar as variações regionais em relação ao suicídio e os fatores de risco de cada região (CICOGNA, 2019).

Diversas inciativas têm sido desenvolvidas no intuito de reduzir a prevalência de suicídio no mundo. Após os anos 2000, houve uma intensificação para implantar estratégias de prevenção ao suicídio, com a criação de manuais produzidos pela Organização Mundial de

Saúde para auxiliar os países na formulação de políticas públicas para combatê-lo (DANTAS, 2019).

Em 2013, durante a 66ª assembleia mundial da saúde, a Organização Mundial da Saúde, considerando que a saúde mental é parte integrante da saúde e bem-estar, desenvolveu o plano de ação integral 2013-2020 para estabelecer ações de saúde mental entre os Estados membros, e o Brasil está entre eles. Dentre essas, está a definição de indicadores e metas que contemplam a prevenção do suicídio, como a redução na sua taxa em 10% até 2020. Essa meta foi estendida até 2030(OMS, 2019).

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde publicou o primeiro relatório para prevenção do suicídio: "Prevenção do suicídio: um imperativo global". Esse relatório teve o objetivo de colocar o suicídio na agenda global como problema de prioridade pública; recomendar ações de prevenção baseadas em dados científicos e direcionar as estratégias de intervenções considerando os recursos e contextos de cada país (OMS, 2014)

Em acordo com a meta da Organização Mundial da Saúde de reduzir em 10% a taxa de suicídio entre os países membros e ratificando os pressupostos da portaria 1.876/2006, que instituiu diretrizes para prevenção do suicídio, foi lançada em 2017, no Brasil, a agenda de ações estratégicas para prevenção do suicídio. A agenda traz em dos seus eixos a articulação do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação e instituições de ensino e pesquisa, para a criação de iniciativas de prevenção do suicídio e desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais entre a comunidade escolar (BRASIL, 2017b).

Recentemente, em 2019, houve a implantação da lei 1.3819, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio – PNPAS, no Brasil. No entanto, algumas condutas também consideradas essenciais para prevenção do comportamento suicida, através da restrição do acesso aos meios letais, como arma de fogo e pesticidas, necessárias para dar sustentação aos pressupostos da PNPAS, caminham em direções opostas. A prevenção do suicídio deve se dar de forma intersetorial, em virtude disso, suas ações precisam interligar as políticas públicas do setor saúde, assistência social e educação (DANTAS, 2019).

Ainda assim, mesmo com esses esforços, as políticas de prevenção do suicídio precisam se dar de forma intersetorial, em articulação com as demais políticas que contemplem a assistência social, saúde e educação, tendo como pilar a valorização integral da vida humana (DANTAS, 2019).

3.3 FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA

A OMS define o comportamento suicida como um *continum* de atitudes que incluem ideias e/ou pensamentos suicidas; planejamento; tentativa, ou o suicídio propriamente dito (OMS, 2014). O comportamento suicida é um fenômeno multicausal resultante da interação de fatores ambientais, biológicos, psicológicos, filosófico-existenciais e sociais. Violência, isolamento social, conflitos interpessoais, são apontados pela literatura como fatores microssociais que merecem atenção. Além desses, aspectos culturais, idade, sexo e etnia têm implicações na epidemiologia do suicídio, sendo os adolescentes, adultos jovens e idosos os grupos etários mais vulneráveis (BAHIA, 2017).

Diferentes fatores podem estar associados ao comportamento suicida em jovens estudantes: a fase de inserção na idade adulta, a adoção de hábitos de risco, o anseio pela inserção no mercado de trabalho, estresse acadêmico e incertezas quanto ao futuro ocupacional (GOMES, 2020). Nesse contexto, fatores pessoais, sociais e culturais podem dificultar a adaptação dos jovens no ambiente educacional, predispondo-os às situações de maior vulnerabilidade que podem desencadear o surgimento de conflitos psicopatológicos latentes e, inclusive, o comportamento suicida (PEREIRA, 2015).

Embora existam pesquisas com estudantes sobre fatores de risco, os estudos que investiguem os fatores de proteção são limitados (BRUNS, 2018). É necessária a sensibilidade para reconhecer a convergência dos fatores que vulnerabilizam ou protegem do comportamento suicida, considerando a subjetividade do ser para compreensão de que, diante de alguns fatores uns se protegem, e outros se fragilizam (BOTTI, 2019).

A mentalidade suicida dos jovens no século XXI vai sendo construída paulatinamente como algo aceitável na sociedade, na qual eles se mantêm paralisados diante das adversidades impostas pelas barreiras ideológicas, econômicas e sociais. E alienados por uma sociedade de consumo, se deparam com um vazio existencial, sem razões para viver. As patologias sociais decorrentes das desigualdades, individualismo, exclusão, competitividade e opressão das minorias podem resultar em formas de violência contra os jovens, dentre elas, o suicídio (LUEDKE FILHO, 2019).

Em 2016, no Brasil, a cada 10 suicídios de adolescentes e jovens, 06 ocorreram em negros, sendo o risco de suicídio 45% maior quando comparado aos brancos. Entre os jovens a

taxa foi mais expressiva, com 7,53 mil mortes por 100 mil jovens, em Pernambuco, a taxa foi de 5,8(BRASIL, 2018). O racismo tem impactos na saúde psicossocial dos jovens e os determinantes sociais que estão relacionados ao acesso à educação e a permanência na universidade, influenciam na perspectiva deles sobre a vida (BRASIL, 2018).

No que diz respeito ao gênero, ele sempre foi visto como um fator associado ao suicídio, estando os valores de gênero imbricados no comportamento suicida. Os dados mostram uma prevalência maior de óbitos por suicídio em homens e de tentativas em mulheres, acredita-se que devido ao fato de os homens utilizarem métodos mais letais (BAÉRE, 2018; TREVISAN, 2013; BOTEGA, 2009). Um estudo de base populacional encontrou um predomínio de ideação e tentativas de suicídio em mulheres jovens (BOTEGA, 2009).

Fatores psicossociais como viuvez e separação do cônjuge estão mais relacionados ao suicídio de homens. Já as mulheres, por ter mais disponibilidade de serviços de saúde e buscar mais por ajuda, podem conferir maior visibilidade sobre o fenômeno. Além disso, ser transgênero também tem sido considerado um fator de risco para suicídio, em decorrência de situações de preconceitos e sofrimento psíquico vivenciados por essa população. Para além de uma análise quantitativa, é necessária uma reflexão sobre as construções sociais de gênero nos comportamentos relacionados ao suicídio (BAÉRE, 2018).

Os jovens da contemporaneidade têm apresentado cada vez mais sentimentos de desesperança, com implicações na saúde, na motivação para viver e no sentimento transformador e sonhador (LUEDKE FILHO, 2019). Estudantes com histórico de comportamento suicida anterior valorizam menos as razões para viver do que indivíduos que não apresentam (BRUNS, 2018). Se sentir um fardo e a percepção de ser incapaz de assegurar os relacionamentos com os pares foi apresentado como preditor de risco de suicídio em estudantes universitários (CHANG, 2017).

No entanto, a percepção de apoio social da família, amigos e comunidade, presença de sentido na vida e resiliência são apontados como fatores de proteção (BRUNS, 2018). O relacionamento entre os pares pode fornecer apoio em situações adversas, desenvolvendo habilidade de resiliência, atenuando os efeitos do estresse e eventos negativos da vida (FENNEY, 2015).

3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS ESPAÇOS EDUCACIONAIS

Apesar das taxas de suicídio estarem significativas na população jovem, ainda é tímida a produção científica sobre a prevalência de suicídio em estudantes no contexto acadêmico. O

aumento da taxa de suicídio nessa população e a procura por ajuda nos centros de aconselhamentos dos *campi* universitários, demandam iniciativas que direcionem ações dentro desses espaços (DUTRA, 2012).

Compreender o fim da vida por suicídio, em geral, segue uma trajetória silenciosa que fala mais sobre a vida do que sobre a própria morte (BOTTI, 2019). Falar de forma responsável sobre o suicídio, conscientizando sobre a sua prevenção figura muito mais como um fator de prevenção do que de risco. Estratégias de enfretamento podem ajudar os jovens estudantes a transcorrer por esse período de forma salutar e o ambiente acadêmico pode auxiliar nessa condução, de modo que a vivência de um período de estresse e desafios transcorra de forma confortável (PEREIRA, 2015).

A rotina de estudos acadêmicos, a alta demanda de alguns cursos, competitividade e o medo de não corresponder às exigências podem gerar alta ansiedade, estresse e eclosão de transtornos psíquicos, além da adoção de alguns comportamentos de risco, como o uso de álcool e outras drogas como um meio para amenizar as angústias (LIMA, 2013).

Suicídio ou tentativa de suicídio no *campus* geram comoção entre os pares, docentes e toda comunidade acadêmica. É importante identificar os estudantes com sofrimento psíquico para encaminhamento em fase inicial (GSELAMU, 2020). Nesse sentido, a exposição à estratégicas educacionais podem auxiliar no desenvolvimento de atitudes positivas frente ao comportamento suicida, combatendo a manutenção do estigma e discriminação e favorecendo a busca por ajuda (MORAES, 2016), pois o tabu impede as pessoas de falarem sobre o suicídio (NORTES, 2019).

A presença da enfermagem nos diferentes espaços permite que ela possa atuar de forma significativa na implementação de cuidados de saúde voltados para o público jovem, com vistas ao enfrentamento do suicídio enquanto problema de saúde pública (SANTOS, 2017). Sendo os ambientes acadêmicos locais onde os jovens passam uma boa parte do seu tempo, a atuação nesses espaços torna-se relevante para a promoção de fatores protetivos; identificação dos fatores de risco para adoecimento mental e detecção de jovens com ideação suicida (SOUSA, 2020). É importante traçar estratégias para esse grupo, uma vez que estão no início do ciclo de vida, e pelo custo emocional e econômico para a família e sociedade (LEW, 2020).

No entanto, os espaços educativos têm sido caracterizados por relações individualistas e competitivas, com diminuição do bem-estar geral e do sentido na vida, o que inviabiliza a aquisição de recursos protetores para prevenção do suicídio e promoção da saúde mental dos jovens. É necessário ampliar o espaço de discussão sobre o desenvolvimento de sofrimento

psíquico em escolas e universidades e valorizar as habilidades sociais e de vida para favorecer o empoderamento de estudantes, professores e comunidade escolar (LEME, 2019). O espaço formativo também precisa ser pensado como área de convivência social, com disponibilidade de serviços que possam atuar num acompanhamento preventivo-terapêutico (LIMA, 2013).

Para isso, é necessária a reflexão sobre suas práticas educativas, conscientização do seu papel social e promoção de soluções para superação dos desafios vivenciados pela sociedade. Além de romper com práticas relacionadas a medicalização, patologias e com modelos conteudista e tradicionais, para promover uma educação inclusiva com práticas pedagógicas promotoras de desenvolvimento (CHAGAS, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa. No delineamento de estudos transversal, todas as medições são realizadas em um único momento, sem período de seguimento (HULLEY, 2015), portanto, esta pesquisa foi conduzida por meio de um estudo transversal, para avaliar a prevalência da ideação suicida e tentativa de suicídio em estudantes. Esse tipo de delineamento é útil quando se deseja descrever variáveis, padrões de distribuição e examinar associações. Além disso, possibilita identificar pessoas e características passíveis de intervenções (HULLEY, 2015). Assim, esse delineamento de estudo possibilitou a avaliação dos fatores associados ao comportamento suicida (ideação suicida e tentativa de suicídio).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no IFPE, campus Recife. Trata-se de uma Instituição Federal de Ensino Superior que atua na formação de ensino médio, técnico e superior. O IFPE oferece 78 cursos distribuídos nos *campi*, nas modalidades de cursos integrado, técnico subseqüente, superior tecnológico, Licenciatura, Bacharelado, Especializações e Mestrado. Nesta pesquisa, os cursos participantes foram os das modalidades Subsequente (Edificações, Eletrônica, Eletrotécnica, Mecânica, Química, Refrigeração e Climatização, Saneamento, Segurança do Trabalho e Telecomunicações), Tecnólogo (Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Design Gráfico, Gestão Ambiental, Gestão de Turismo e Radiologia), Licenciatura (Geografia) e Bacharelado (Engenharia Civil e Engenharia mecânica). Salienta-se que tais cursos são ofertados pelo IFPE, campus Recife (IFPE, 2019).

A escolha pelos cursos acima ocorreu em virtude da quantidade de alunos matriculados com idade superior a 18 anos. Optou-se por desenvolver essa pesquisa nessa faixa etária, considerando a sua alta vulnerabilidade para o suicídio e adoecimento mental, conforme já mencionado anteriormente.

A forma de ingresso nos cursos regulares do IFPE pode ocorrer por meio do vestibular e do Sistema de Seleção Unificada – SISU. Além desses, também é possível ingressar por seleções simplificadas para preenchimento de eventuais vagas remanescentes, e, no caso de cursos superiores, como portador de diploma (IFPE, 2019).

A instituição oferta atividades acadêmicas para, em média, seis mil estudantes, funcionando no período matutino, vespertino e noturno. Dispõe de salas de aula e de idiomas, laboratórios, biblioteca, quadra poliesportiva e piscina, consultório médico e odontológico, além de serviço de enfermagem para atendimento ambulatorial dos alunos (IFPE, 2019).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por estudantes, maiores de 18 anos, regularmente matriculados nos cursos Subsequente (Edificações, Eletrônica, Eletrotécnica, Mecânica, Química, Refrigeração e Climatização, Saneamento, Segurança do Trabalho e Telecomunicações), Tecnólogo (Análise e Desenvolvimento de Sistemas, Design Gráfico, Gestão Ambiental, Gestão de Turismo e Radiologia), Licenciatura (Geografia) e Bacharelado (Engenharia Civil e Engenharia mecânica), modalidade presencial, ofertados pelo IFPE, *campus* Recife.

Para a estimativa da amostra, utilizou-se a fórmula para estudos com amostras por clusters (conglomerados), com base nos seguintes parâmetros: tamanho da população alvo (N = 3.285 - alunos matriculados no primeiro semestre de 2018 – *campus* Recife); coeficiente de confiança = 95,0%; intervalo de confiança = 5,0%; coeficiente de correlação intraclasse que mede a correlação entre os indivíduos dentro do conglomerado (ρ= 0,2) (BRASIL, 2010); efeito do planejamento (deff = 3,8); tamanho médio do conglomerado: 15 alunos por turma; e prevalência do fenômeno de interesse: 50,0% ou 0,5. Dessa forma, a amostra foi estimada em 930 estudantes (62 clusters com 15 participantes em cada um deles). No entanto, foi possível coletar 1.041 instrumentos. O cálculo foi realizado com auxílio do *OpenEpi – Sample Size Calculations for a Proportion for Cluster Surveys.*

Estudantes que apresentaram situações de saúde que os impossibilitassem de participar da coleta de dados (n=1) e formulários com preenchimento apenas dos dados de caracterização sociodemográfica (n=8); com ausência de preenchimento das variáveis relacionadas com a saúde mental (n=95); e/ou com preenchimento afirmativo de uso de substâncias fictícias (n=12) foram excluídos do estudo. Instrumentos com ausência ou rasura na variável idade (n=49) foram considerados perda amostral. Dessa forma, a amostra final foi de 876 participantes.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos estudantes maiores de 18 anos, ambos os sexos, matriculados nos cursos técnico, superior, licenciatura ou bacharelado, modalidade presencial, ofertados pelo

campus Recife/IFPE, que estavam em sala de aula no momento da aplicação do instrumento de coleta de dados.

Foram excluídos da pesquisa os estudantes que autorrelataram problemas clínicos e/ou mentais que os impossibilitaram de responder os instrumentos; que chegaram após 15 minutos de início da coleta de dados; não preencheram o instrumento em sua totalidade ou assinalaram a pergunta de uso de droga fictícia.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento (ANEXO A) foi elaborado a partir do I Levantamento Nacional sobre o Uso do Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (BRASIL, SENAD, 2010) e da pesquisa nacional sobre uso de crack realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)(BASTOS, 2014). Ademais, foram incluídos, neste estudo, os resultados do *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* e a *Beck Scale for Suicide Ideation (BSI).*

Para caracterização sociodemográfica, foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, gênero, orientação sexual, religião, grupo étnico-racial, estado civil, com quem reside, se possui filhos e atividade remunerada. Sobre as informações acadêmicas, foram investigados: semestre do curso, dificuldade de aprendizagem e participação em atividades socioculturais.

Quanto à estratificação da classe econômica, adotou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), que se baseia no poder de compra por meio da quantificação de itens domésticos, além da avaliação do grau de instrução do chefe da família. O CCEB estabelece pontuações para cada item e define pontos de corte que, por sua vez, dividirão as classes econômicas em A, B1, B2, C1, C2, D – E. Ademais, estima a renda média domiciliar por classes (ABEP, 2018).

O sofrimento mental foi identificado por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Trata-se de instrumento para rastreio de Transtornos Mentais Comuns (TMC), desenvolvido por Harding e colaboradores (1980) e validado, no Brasil, por Mari e Williams (1986), com desempenho aceitável como instrumento de rastreio de transtorno mental. (MARI; WILLIAMS, 1986). Os TMC são “transtornos que comumente encontrados nos espaços comunitários, cuja presença assinala uma alteração em relação ao funcionamento normal” (GOLDBERG, 1992, p. 7-8). Caracterizam-se por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (LUDERMIR, 2002).

O SRQ é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994), para utilização em estudos comunitários, por ser de fácil aplicabilidade e baixo custo. É composto

originalmente por 30 itens que rastreiam sintomas psicóticos, não psicóticos, convulsões tônico-clônicas e transtorno por uso de álcool. O SRQ-20 é a versão brasileira que utiliza 20 questões para rastreamento de transtorno não psicótico. É um instrumento autoaplicável, composto por respostas do tipo sim/não, em que cada resposta afirmativa equivale a um ponto. O *score* varia de 0 a 20, de modo que pontuações maiores ou iguais a 7,0 sinalizam a presenta de TMC ou de sofrimento mental (GONÇALVES, 2008). Neste estudo, considerou-se o quadro sugestivo de TMC como quadro indicativo de sofrimento mental.

Para avaliação do comportamento suicida, utilizou-se a escala de ideação suicida de Beck (BSI). Trata-se de uma escala autoaplicável, que detecta a presença de ideação suicida, tentativas de suicídio prévias, medindo sua gravidade e extensão da motivação, bem como a presença de planejamento do comportamento suicida (CUNHA, 2001).

O BSI questiona acerca do desejo de viver, desejo de morrer e suas razões, duração das ideias de suicídio, frequência, existência de planejamento, acessibilidade ao método, presença de controle sobre os impulsos suicida e inibição para tal, capacidade de realizar uma tentativa de suicídio e probabilidade de tentativa real e existência de bilhete suicida (CUNHA, 2001). É composto por 21 itens, pontuados em uma escala de três pontos (0, 1 e 2). A escala foi elaborada de forma a permitir que os cinco primeiros itens sejam utilizados como triagem da ideação suicida e os itens de 6 a 21 estão relacionados com a extensão desse fenômeno (CUNHA, 2001).

Assim, se a resposta do participante for diferente de zero no grupo de afirmações 4 ou 5, considera-se a existência de ideação suicida. A triagem para a ideação é realizada de acordo com os cinco primeiros itens: (1) desejo de viver; (2) desejo de morrer; (3) razões para viver ou morrer; (4) tentativa de suicídio ativa; e (5) tentativa de suicídio passiva (CUNHA, 2001).

Os dados relacionados com essa escala foram analisados com auxílio de psicóloga servidora do IFPE integrante do grupo de pesquisa.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Atribui-se como variável uma medida, classificação ou conceito operacional que contém ou apresenta valores passível de observação e mensuração. A variável independente é o fator determinante, condição ou causa para determinado resultado e a dependente são fatores (fenômenos) a serem explicados, em virtude de serem afetados, influenciado pela variável independente (MARCONI; LAKATOS, 2017).

4.6.1Variáveis dependentes

A descrição das variáveis dependentes está detalhada no quadro 1.

Quadro 1. Descrição das variáveis dependentes da pesquisa. Recife, PE, Brasil, 2019.

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA VARIÁVEL
Ideação suicida	Resposta do participante for diferente de zero no grupo de afirmações 4 ou 5 da BSI, considera-se a existência de ideação suicida	Variável dicotômica (presente/ausente)
Tentativa de suicídio	Resposta no grupo de afirmações 20 da BSI diferente de zero, considera-se a existência de tentativa de suicídio.	Variável dicotômica (presente/ausente)

Fonte: elaboração da autora.

4.6.2 Variáveis independentes

Foram consideradas como independentes, as variáveis sociodemográficas, acadêmicas, e o escore do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O quadro 2 apresenta de forma detalhada tais variáveis.

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes da pesquisa. Recife, PE, Brasil, 2019.

(continua)

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
	Adoecimento mental	
Transtornos Mentais Comuns (TMC)/ Sofrimento mental	Soma dos escores de todos os itens do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).	Variável dicotômica (ausência/presença de TMC)
	Uso de álcool e outras drogas	
Uso de álcool	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
Binge	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
Uso de maconha	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
Uso de ansiolíticos	1.Sim	Variável categórica
	2. Não	

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes da pesquisa. Recife, PE, Brasil, 2019.

(continuação)

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Uso concomitante de álcool e outras drogas	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
	Características sociodemográficas	
Idade	Anos	Variável numérica
Identidade de gênero	1.Mulher Cis	Variável categórica
	2.Homem Cis	
	3.Mulher Trans	
	4.Homem Trans	
	5.Não binário	
	6.Outro	
	7.Prefiro não responder	
Orientação sexual	1.Heterossexual	Variável categórica
	2.Homossexual	
	3.Bissexual	
	4.Pansexual	
	5.Outro	
	6.Prefiro não responder	
Religião	1.Não tem religião	Variável categórica
	2.Católica	
	3.Espírita	
	4.Umbanda/candomblé	
	5.Judaica	
	6.Evangélica/protestante	
	7.Budismo/oriental	
Prática da religião	1.Apenas em eventos especiais	Variável categórica
	2.Mais de uma vez por mês	
	3.Uma vez por mês	
	4.Não	
Grupo étnico-racial	1.Cor branca	Variável categórica
	2.Preta	
	3.Parda	
	4.Amarela	
	5.Raça/etnia indígena	
Estado civil	1.Solteiro	Variável categórica
	2.Casado/”vive junto”	
	3.Separado /Divorciado	
	4.Viúvo	
	5.Outro	

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes da pesquisa. Recife, PE, Brasil, 2019.

(continuação)

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Com quem mora	1.Pai e mãe	Variável categórica
	2.Mãe	
	3.Pai	
	4.Cônjuge/companheiro/namorado	
	5.Filhos	
	6.Outros familiares	
	7.Amigos	
	8.República estudantil	
	9.Moradia estudantil oferecida por IES	
	10.Sozinho	
	11.Mora com alguém que usa drogas	
	12.Outro	
Possui filhos	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
Renda Familiar	Aberta (em reais ou número de salários-mínimos)	Variável numérica
Classe econômica	2.Classe 2B1	Variável categórica
	3.Classe 3B2	
	4.Classe 4C1	
	5.Classe 5C2	
	6.Classe 6DE	
Recebimento de Benefício do governo	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
	3.Não informado	
Bolsa família	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
	Informações acadêmicas	
Recebimento de assistência estudantil	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
	3.Não informado	
Relato de dificuldade de aprendizagem	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
	3.Não informado	
Dificuldade de aprendizagem relatada	1. Área de exatas	Variável categórica
	2. Dificuldade de concentração	
	3. Dificuldade para manter o foco	
	4. Ansiedade	
	5. Dificuldade para manter a atenção	
	6. Dificuldade para memorizar	
Espaços frequentados no IFPE além da sala de aula	1. Centro Acadêmico/Diretório Acadêmico	Variável categórica
	2.Espaços para prática de esportes	
	3.Biblioteca	
	4.Lanchonete	
	5.Áreas verdes	

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes da pesquisa. Recife, PE, Brasil, 2019.

(conclusão)

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Relato de faltar às aulas	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
Satisfação com a escolha do curso	1.Sim	Variável categórica
	2.Não	
	3.Não informado	
Relacionamento com o curso	1.Pensou em abandonar ou trancar	Variável categórica
	2.Efetuou trancamento em algum momento	
Situação no último semestre ou ano	1.Aprovado	Variável categórica
	2.Aprovado com dificuldade	
	3.Reprovado	
	4.Não informado	

Fonte: elaboração da autora.

4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de abril a dezembro de 2019. Para esse procedimento, os coordenadores dos cursos incluídos, foram contatados para esclarecimentos sobre a pesquisa, sensibilização dos professores para liberação de suas aulas para aplicação do instrumento de coleta de dados e agendamento da coleta. Posteriormente, foram sorteadas, inicialmente, 80 salas de aula para realização da coleta de dados.

Os estudantes foram convidados a participar da pesquisa e informados quanto à participação voluntária, aos objetivos, riscos e benefícios do estudo, além de instruções sobre o instrumento, tempo médio necessário para preenchimento e orientados quanto a necessidade de preenchimento individual. A coleta de dados ocorreu em sala de aula em dia e horário previamente agendados com professor e coordenador do respectivo curso. O tempo para preenchimento do instrumento foi de aproximadamente 60 minutos.

A equipe de pesquisa foi composta por quatro docentes da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) dos cursos de Enfermagem e Serviço Social; dois estudantes de graduação em Serviço Social/UFPE; 12 estudantes de graduação em Enfermagem da UFPE, profissionais de nível superior do IFPE (psicóloga, assistente social, enfermeiro e pedagogo) e um assistente social (bolsista de apoio técnico).

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados no software REDCap (Research Electronic Data Capture) e analisados por meio do software *SPSS* (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0.

Foram aplicadas estatísticas descritivas por meio de frequências relativa e absoluta, porcentagens e medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão) para as variáveis relacionadas a caracterização sociodemográfica e informações acadêmicas. Na análise bivariada para verificar associação entre as variáveis, foi aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson para independência de variáveis qualitativas ou o Teste de Fisher.

Ademais, para verificar a relação entre as variáveis dependentes (ideação e tentativa de suicídio) e independentes (caracterização sociodemográfica, informações acadêmicas e adoecimento mental), bem como os fatores associados do comportamento suicida, foi utilizada análise multivariada, por meio de regressão logística binária, com o método *Backward*. Utilizou-se o nível de confiança de 5,0% para a análise dos testes estatísticos.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu às normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). O consentimento para participação na pesquisa se deu por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), assegurando a confidencialidade, o anonimato dos participantes e a preservação dos dados.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da UFPE para apreciação dos aspectos éticos, sob CAEE:30774120.4.0000.5208 e parecer nº: 4.040.537 (ANEXO C).

6 RESULTADOS

Os participantes apresentaram, em média, 24,01 anos. A faixa etária mais frequente foi 18 a 24 anos (70,0%). Acima da metade se identificaram como homem cisgênero (57,3%) e 41,0% se identificaram como mulher cisgênero. Sobre a religiosidade, 33,3% informaram não possuir religião, 28,3% são católicas, 28,1% evangélicas/protestantes e 54,7% referiram praticá-las. Quanto à classe social, de acordo com o CCEB, 48,3% pertencem à classe C e DE. Em termos de renda familiar, conforme o IBGE, 44,3% são da classe E. Percentual de 14,3% informou recebimento de algum benefício do governo, sendo o bolsa família o mais frequente. A cor autorreferida mais frequente foi parda (50,7%). Destaca-se o reduzido percentual de estudantes amarelos e da raça/etnia indígena. Sobre o estado civil, 85,0% dos participantes são solteiros. A maioria não possui filhos (89,2%). Aproximadamente 50,0% moram com os pais. Maiores detalhes estão contidos na tabela 1.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica de estudantes de nível superior do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021 (continua)

Variáveis sociodemográficas	**n**	**%**	**Estatísticas**
Faixa etária			Média = 24,01
18 a 24 anos	617	70,0	Desvio-padrão = ±7,75
25 a 29 anos	121	13,7	p<0,001*
30 a 34 anos	58	6,6	
35 a 39 anos	32	3,6	
40 a 44 anos	24	2,7	
Maior ou igual a 45 anos	28	3,2	
Identidade de gênero			
Mulher cisgênero	361	41,0	
Homem cisgênero	505	57,3	
Mulher transgênero	1	0,1	
Homem transgênero	1	0,1	
Outra	1	0,1	
Prefiro não responder	7	0,8	
Não informou	5	0,6	
Religião			
Católica	249	28,3	
Evangélica/protestante	248	28,1	
Não possui	293	33,3	
Outra	89	10,3	
Não informado	2	0,2	
Prática da religião			
Apenas em eventos especiais	115	13,1	
Mais de uma vez por mês	312	35,4	
Uma vez por mês	44	5,0	
Não	399	45,3	
Não informado	11	1,2	
Classe Social			

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica de estudantes de nível superior do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021 (conclusão)

Variáveis sociodemográficas	n	%	Estatísticas
Classe 1 A	42	4,8	
Classe 2 B1	102	11,6	
Classe 3 B2	311	35,3	
Classe 4 C1	223	25,3	
Classe 5 C2	151	17,1	
Classe 6 DE	52	5,9	
Renda familiar			
Renda classe A	7	0,8	
Renda classe B	25	2,9	
Renda classe C	142	16,2	
Renda classe D	235	26,8	
Renda classe E	388	44,3	
Não informado	79	9,0	
Recebimento de benefício do governo			
Sim	125	14,3	
Não	736	84,0	
Não informado	15	1,7	
Bolsa família			
Sim	98	11,2	
Não	778	88,8	
Cor/Raça/Etnia autorrelatada			
Branca	272	30,9	
Preta	143	16,2	
Parda	447	50,7	
Amarela	11	1,2	
Raça indígena	5	0,6	
Estado civil			
Solteiro	749	85,0	
Casado	111	12,6	
Separado	11	1,2	
Viúvo	2	,2	
Possui filhos			
Sim	89	10,1	
Não	786	89,2	
Não informado	6	0,3	
Com quem mora			
Pai e mãe	435	49,4	
Mãe	189	21,5	
Pai	34	3,9	
Companheiro	119	13,5	
Filhos	32	3,6	
Outros familiares	170	19,3	
Amigos	6	0,7	
República estudantil	4	0,5	
Sozinho	16	1,8	
Outros	24	2,7	

Fonte: dados da pesquisa. *Teste de Kolmogorov-Smirnov (teste de normalidade)

Sobre a caracterização do contexto acadêmico, conforme tabela 2, 32,0% recebem assistência estudantil, 12,6% relataram dificuldades de aprendizagem, das quais dificuldade de concentração e atenção foram as mais frequentes. Com relação aos espaços mais frequentados pelos estudantes, além da sala de aula, destacaram-se biblioteca (70,2%), lanchonete (51,9%) e áreas verdes (37,7%). Observou-se elevado percentual de discentes que faltam aulas (81,5%) e satisfeitos com a escolha do curso (89,7%). No entanto, 43,2% já pensou em abandonar ou trancar o curso. Sobre a situação no último semestre ou ano, acima da metade foi aprovado (55,0%).

Tabela 2- Contexto acadêmico de estudantes de nível superior do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021 (continua)

Variáveis do contexto acadêmico	n	%	Estatísticas
Recebimento de assistência estudantil			
Sim	280	32,0	
Não	595	67,9	
Não informado	1	0,1	
Relato de dificuldade de aprendizagem			
Sim	110	12,6	
Não	758	86,5	
Não informado	8	0,9	
Dificuldade de aprendizagem relatada			
Área de exatas	13	1,5	
Dificuldade de concentração	21	2,4	
Dificuldade para manter o foco	6	0,7	
Ansiedade	7	0,8	
Dificuldade para manter a atenção	22	2,5	
Dificuldade para memorizar	8	0,9	
Espaços frequentados no IFPE além da sala de aula			Média=1,74
Centro Acadêmico/Diretório Acadêmico	22	2,5	DP=±0,982
Espaços para prática de esportes	99	11,3	
Biblioteca	615	70,2	
Lanchonete	455	51,9	
Áreas verdes	330	37,7	
Relato de faltar às aulas			
Sim	714	81,5	
Não	162	18,5	
Satisfação com a escolha do curso			
Sim	786	89,7	
Não	85	9,7	
Não informado	5	0,6	
Relacionamento com o curso			
Pensou em abandonar ou trancar	378	43,2	
Efetuou trancamento em algum momento	33	3,8	
Situação no último semestre ou ano			

Tabela 2 - Contexto acadêmico de estudantes de nível superior do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021 (conclusão)

Variáveis do contexto acadêmico	n	%	Estatísticas
Aprovado	482	55,0	
Aprovado com dificuldade	101	11,5	
Reprovado	239	27,3	
Não informado	41	4,7	

Fonte: dados da pesquisa.

No que concerne às outras atividades realizadas pelos participantes (tabela 3), evidenciou-se que somente 28,5% praticavam alguma atividade física, 41,4% tinham envolvimento com outras atividades além da sala de aula, cujas mais frequentes foram: assistir televisão/filmes/series (75,5%), navegar na internet/redes sociais (67,9%) e utilizar aplicativos de mensagens (56,8%). As atividades realizadas no tempo livre mais encontradas foram: culturais (80,6%) e frequentar bares/danceterias (41,9%).

Tabela 3 - Outras atividades realizadas por estudantes de nível superior do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021 (continua)

Variáveis do contexto geral	n	%	Estatísticas
Prática de atividade física			
Sim	250	28,5	
Não	538	61,4	
Não informado	88	10,0	
Tempo destinado para a prática de atividade física			
Até duas horas e meia	123	14,0	
Acima de duas horas e meia	144	16,4	
Não informado	108	12,3	
Envolvimento com outras atividades além da sala de aula			Média=4,5
Uma atividade	98	11,2	DP=±2,248
Duas a quatro atividades	328	37,4	
Cinco a sete atividades	363	41,4	
Oito ou mais atividades	80	9,1	
Atividades realizadas além da sala de aula			
Organizações estudantis	5	0,6	
Projetos acadêmicos	97	11,1	
Atividade física/esportes	229	26,1	
Competições esportivas no IFPE/ outras instituições de ensino	14	1,6	
Estudar	428	48,9	
Assistir televisão/filmes/series	661	75,5	
Jogos eletrônicos	288	32,9	
Internet/redes sociais	595	67,9	
Enviar e receber e-mails	238	27,2	
Aplicativos de mensagens	498	56,8	

Tabela 3 - Outras atividades realizadas por estudantes de nível superior do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021 (conclusão)

Variáveis do contexto geral	n	%	Estatísticas
Leitura/tocar instrumentos musicais/outras atividades artísticas	409	46,7	
Igreja/grupo religioso	206	23,5	
Trabalho voluntário	73	8,3	
Trabalho remunerado	197	22,5	
Atividades realizadas no tempo livre			Média=2,7
Igreja	266	30,4	DP=±1,567
Viajar	167	19,1	
Esportes	228	26,0	
Atividades culturais	706	80,6	
Bares/danceterias	367	41,9	
Festas	178	20,3	
Leitura	127	14,5	
Outras	328	37,4	

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação ao comportamento suicida, 15,6% apresentaram ideação suicida e 7,9% revelaram tentativa de suicídio anterior (tabela 4).

Tabela 4 - Descrição do comportamento suicida de estudantes do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021

Comportamento suicida	n	%	IC95%	
			LI	LS
Ideação Suicida				
Sim	137	15,6	13,20	18,00
Não	739	84,4	82,00	86,80
Tentativa de suicídio				
Sim	69	7,9	6,11	9,69
Não	807	92,1	90,31	93,89

Fonte: dados da pesquisa. IC95%: Intervalo de Confiança de 95,0%; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior

Quanto à ocorrência de TMC, 41,3% apresentou quadro sugestivo dessa patologia. A média de pontos no SRQ-20 foi de 5,99 (±4,817). Outros detalhes estão apresentados na tabela 5.

Tabela - 5 Quadros sugestivos de Transtorno Mental Comum entre estudantes do Instituto Federal de Pernambuco, de acordo com o SRQ-20. Recife, 2021

Transtorno mental comum	n	%	IC95%		Estatísticas descritivas	Valor p
			LI	LS		
Sim	362	41,3	38,04	44,56	Média=5,99	<0,001
Não	514	58,7	55,44	61,96	Desvio-padrão=±4,81	
					Mediana=5,00	

Fonte: dados da pesquisa. IC95%: Intervalo de Confiança de 95,0%; LI: Limite Inferior; LS: Limite Superior; Teste de Kolmogorov-Smirnov (normalidade).

Sobre a descrição dos itens componentes do SRQ-20 (tabela 6), observou-se que 60,6% referiu nervosismo/tensão/preocupação nos últimos 30 dias anteriores à coleta de dados. Ademais, 47,8% relatou dificuldade para dormir, tomar decisões (47,4%), além de cansaço aos pequenos esforços (46,3%). Destaca-se que 30,8% informou que o pensamento de tirar a própria vida ocorreu no último mês, percentual aproximadamente duas vezes maior do que a de ideação suicida. Salienta-se ainda que somente os itens dificuldade para dormir e tomar decisão apresentaram percentual de ocorrência observada diferente do esperado (p>0,05 – Teste binomial).

Tabela 6 - Descrição dos itens do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), com base nas respostas de estudantes do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021 (continua)

Itens do SRQ-20	Sim		Não		Valor p*
	n	%	n	%	
1. Você tem dores de cabeça com frequência?	305	34,8	571	65,2	<0,001
2. Tem falta de apetite?	210	24,0	666	76,0	<0,001
3. Você dorme mal?	419	47,8	457	52,2	0,211
4. Você fica com medo com facilidade?	235	26,8	641	73,2	<0,001
5. Suas mãos tremem?	170	19,4	706	80,6	<0,001
6. Você se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	531	60,6	345	39,4	<0,001
7. Sua digestão não é boa, ou sofre de perturbação digestiva?	192	21,9	684	78,1	<0,001
8. Você não consegue pensar com clareza?	241	27,5	635	72,5	<0,001
9. Você é ou se sente infeliz?	239	27,3	637	72,7	<0,001
10. Você chora mais que o comum?	129	14,7	747	85,3	<0,001
11. Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?	235	26,8	641	73,2	<0,001
12. Acha difícil tomar decisões?	415	47,4	461	52,6	0,128

Tabela 6 - Descrição dos itens do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), com base nas respostas de estudantes do Instituto Federal de Pernambuco. Recife, 2021 (conclusão)

Itens do SRQ-20	**Sim**		**Não**		**Valor p***
	n	**%**	**n**	**%**	
13. Trabalhar ou estudar é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho/estudar?	210	24,0	666	76,0	<0,001
14. Você não é capaz de ter um papel útil na vida?	155	17,7	721	82,3	<0,001
15. Você perdeu o interesse nas coisas?	189	21,6	687	78,4	<0,001
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?	110	12,6	766	87,4	<0,001
17. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?	270	30,8	606	69,2	<0,001
18. Você se sente cansado (a) todo o tempo?	326	37,2	550	62,8	<0,001
19. Você tem sensações desagradáveis no estômago?	258	29,5	618	70,5	<0,001
20. Fica cansado (a) com facilidade?	406	46,3	470	53,7	0,033

Fonte: dados da pesquisa. *Teste binomial (proporção testada: 50,0%).

Tendo em vista que os escores do SRQ-20 não aderiram à distribuição normal, verificou-se que a mediana desse instrumento sofreu modificações em decorrência do comportamento suicida. Pessoas com ideação suicida e que tentaram suicídio apresentaram maiores medianas e postos médios nesse instrumento, em comparação com estudantes sem comportamento suicida. Maiores detalhes podem ser consultados na tabela 7.

Tabela 7- Análise da mediana dos escores do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) entre grupos com e sem ideação suicida. Recife, 2021

Variável de agrupamento	**Escores do SRQ-20**		**Valor p**
Comportamento suicida	**Mediana**	**Posto médio**	
Ideação suicida			
Sim	11,0	682,88	<0,001*
Não	4,0	393,20	<0,001**
Tentativa de suicídio			
Sim	12,0	660,57	<0,001*
Não	5,0	419,51	<0,001**

Fonte: dados da pesquisa. *Teste U de Mann-Whitney; **Teste de mediana.

Quanto à análise de regressão logística, um modelo de regressão logística binária foi ajustado para avaliar quais variáveis influenciavam a presença da ideação e tentativa de

suicídio. O melhor modelo de predição da ideação foi composto pelas variáveis ter religião, consumo de maconha nos últimos 30 dias e quadro sugestivo de TMC. A religião diminui as chances de ocorrência da ideação. Em contrapartida, uso de maconha e ocorrência de TMC aumentaram a chance de ocorrência desse fenômeno. A tabela 8 apresenta as etapas do modelo de predição da ideação suicida.

Tabela 8 – Modelo de predição da ideação suicida com base na regressão logística binária pelo método Backward. Recife, 2021

(continua)

Etapas do modelo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1[a]	Ter religião	-,985	,213	21,304	1	,000	,373	,246	,567
	Consumo de álcool nos últimos 30 dias	,018	,290	,004	1	,952	1,018	,577	1,796
	Consumo de álcool nos últimos 12 meses	,242	,279	,756	1	,385	1,274	,738	2,200
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	,749	,360	4,320	1	,038	2,114	1,044	4,282
	Quadro sugestivo de TMC	2,047	,224	83,661	1	,000	7,742	4,993	12,004
	Binge drinking	,185	,287	,419	1	,518	1,204	,686	2,111
	Constante	-2,509	,295	72,542	1	,000	,081		
Etapa 2[a]	Ter religião	-,985	,213	21,327	1	,000	,373	,246	,567
	Consumo de álcool nos últimos 12 meses	,248	,263	,887	1	,346	1,281	,765	2,146
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	,751	,358	4,396	1	,036	2,119	1,050	4,274
	Quadro sugestivo de TMC	2,046	,224	83,760	1	,000	7,738	4,993	11,993
	Binge drinking	,194	,246	,623	1	,430	1,214	,750	1,967
	Constante	-2,509	,294	72,593	1	,000	,081		
Etapa 3[a]	Ter religião	-,993	,213	21,769	1	,000	,370	,244	,562
	Consumo de álcool nos últimos 12 meses	,322	,245	1,734	1	,188	1,380	,854	2,229
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	,816	,347	5,518	1	,019	2,261	1,145	4,466
	Quadro sugestivo de TMC	2,047	,224	83,865	1	,000	7,745	4,998	12,004

Tabela 8 – Modelo de predição da ideação suicida com base na regressão logística binária pelo método Backward. Recife, 2021

(conclusão)

Etapas do modelo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 4[a]	Constante	-2,501	,294	72,449	1	,000	,082		
	Ter religião	-1,052	,209	25,421	1	,000	,349	,232	,526
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	,900	,343	6,894	1	,009	2,459	1,256	4,815
	Quadro sugestivo de TMC	2,053	,223	84,481	1	,000	7,790	5,028	12,068
	Constante	-2,252	,221	104,234	1	,000	,105		

Fonte: dados da pesquisa

Conforme observado na tabela 9, o melhor modelo de predição da tentativa de suicídio (uma vez) foi composto pelas variáveis uso de maconha nos últimos 30 dias e quadro sugestivo de TMC. Ambas as variáveis aumentaram as chances de tentativa de suicídio (uma vez).

Tabela 9 – Modelo de predição da tentativa de suicídio (uma vez) com base na regressão logística binária pelo método Backward. Recife, 2021 (continua)

Etapas do modelo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1ª	Ter religião	-1,201	,529	5,148	1	,023	,301	,107	,849
	Consumo de álcool nos últimos 30 dias	,766	,673	1,297	1	,255	2,152	,575	8,046
	Consumo de álcool nos últimos 12 meses	-,359	,678	,280	1	,597	,699	,185	2,640
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	-,825	1,090	,572	1	,449	,438	,052	3,715
	Quadro sugestivo de TMC	1,759	,579	9,238	1	,002	5,806	1,868	18,050
	Binge drinking	-,274	,637	,185	1	,667	,760	,218	2,648
	Constante	-4,167	,697	35,731	1	,000	,016		
Etapa 2ª	Ter religião	-1,193	,529	5,084	1	,024	,303	,108	,856
	Consumo de álcool nos últimos 30 dias	,638	,605	1,110	1	,292	1,892	,578	6,200
	Consumo de álcool nos últimos 12 meses	-,390	,674	,335	1	,563	,677	,181	2,536
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	-,886	1,081	,673	1	,412	,412	,050	3,426
	Quadro sugestivo de TMC	1,756	,579	9,201	1	,002	5,791	1,862	18,016
	Constante	-4,174	,699	35,706	1	,000	,015		
Etapa 3ª	Ter religião	-1,146	,521	4,838	1	,028	,318	,115	,883
	Consumo de álcool nos últimos 30 dias	,458	,500	,837	1	,360	1,580	,593	4,210

Tabela 9 – Modelo de predição da tentativa de suicídio (uma vez) com base na regressão logística binária pelo método Backward. Recife, 2021 (conclusão)

Etapas do modelo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	-,894	1,079	,687	1	,407	,409	,049	3,389
	Quadro sugestivo de TMC	1,742	,578	9,071	1	,003	5,708	1,837	17,735
	Constante	-4,379	,617	50,360	1	,000	,013		
Etapa 4[a]	Ter religião	-1,205	,516	5,450	1	,020	,300	,109	,824
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	-,679	1,056	,414	1	,520	,507	,064	4,014
	Quadro sugestivo de TMC	1,736	,578	9,027	1	,003	5,673	1,828	17,603
	Constante	-4,162	,557	55,840	1	,000	,016		
Etapa 5[a]	Ter religião	-1,155	,513	5,066	1	,024	,315	,115	,861
	Quadro sugestivo de TMC	1,726	,578	8,917	1	,003	5,616	1,809	17,432
	Constante	-4,223	,554	58,150	1	,000	,015		

Fonte: dados da pesquisa

Tentar suicídio duas ou mais vezes teve como variáveis preditoras uso de maconha dos últimos 30 dias e ocorrência de TMC. Ambas aumentaram substancialmente a chance de outra tentativa de suicídio. A tabela 10 apresenta os detalhes do modelo.

Tabela 10 – Modelo de predição da tentativa de suicídio (duas vezes) com base na regressão logística binária pelo método *Backward*. Recife, 2021 (continua)

Etapas do modelo		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Etapa 1[a]	Ter religião	-,175	,318	,301	1	,584	,840	,450	1,568
	Consumo de álcool nos últimos 30 dias	,172	,421	,167	1	,683	1,187	,520	2,709
	Consumo de álcool nos últimos 12 meses	,221	,426	,270	1	,603	1,248	,542	2,873
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	,714	,470	2,304	1	,129	2,042	,812	5,131
	Quadro sugestivo de TMC	1,824	,345	27,903	1	,000	6,199	3,150	12,199
	Binge drinking	,217	,407	,283	1	,594	1,242	,560	2,756
	Constante	-4,036	,478	71,271	1	,000	,018		
Etapa 2[a]	Ter religião	-,177	,318	,310	1	,578	,838	,449	1,563
	Consumo de álcool nos últimos 12 meses	,278	,400	,482	1	,488	1,320	,603	2,892
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	,740	,466	2,529	1	,112	2,097	,842	5,221
	Quadro sugestivo de TMC	1,820	,345	27,785	1	,000	6,169	3,136	12,135
	Binge drinking	,301	,352	,728	1	,393	1,351	,677	2,694
	Constante	-4,031	,478	71,180	1	,000	,018		
Etapa 3[a]	Consumo de álcool nos últimos 12 meses	,310	,396	,612	1	,434	1,363	,627	2,961
	Consumo de maconha nos últimos 30 dias	,780	,460	2,879	1	,090	2,181	,886	5,369
	Quadro sugestivo de TMC	1,848	,341	29,293	1	,000	6,348	3,251	12,396
	Binge drinking	,313	,351	,794	1	,373	1,368	,687	2,723

Tabela 10 – Modelo de predição da tentativa de suicídio (duas vezes) com base na regressão logística binária pelo método *Backward*. Recife, 2021 (conclusão)

Etapas do modelo	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Constante	-4,185	,394	112,859	1	,000	,015		
Consumo de maconha nos últimos 30 dias	,816	,460	3,147	1	,076	2,262	,918	5,571
Quadro sugestivo de TMC	1,860	,341	29,727	1	,000	6,423	3,291	12,535
Binge drinking	,427	,326	1,719	1	,190	1,533	,810	2,902
Constante	-4,012	,316	161,035	1	,000	,018		
Consumo de maconha nos últimos 30 dias	1,021	,432	5,588	1	,018	2,776	1,191	6,472
Quadro sugestivo de TMC	1,874	,341	30,239	1	,000	6,515	3,340	12,705
Constante	-3,895	,299	169,552	1	,000	,020		

Fonte: dados da pesquisa

7 DISCUSSÃO

O aumento na prevalência do comportamento suicida em estudantes tem despertado atenção quanto às necessidades de saúde mental. A saúde comportamental pode afetar o desempenho acadêmico, sendo importante avaliá-la. O presente estudo objetivou investigar os fatores associados ao comportamento suicida e identificar os correlatos para o risco de suicídio em jovens estudantes.

Houve o predomínio de adultos jovens, com idade média de 24 anos, a faixa etária de 18 a 24 anos correspondeu a mais de 70% da amostra. Os jovens eram na maioria do gênero masculino, solteiros e com cor parda, possuíam alguma referência e/ou prática religiosa, moravam acompanhados e pertenciam a um estrato socioeconômico baixo, com renda familiar D e E.

Apesar de não ter havido correlação entre dados socioeconômicos e a prevalência do comportamento suicida na amostra estudada, pesquisas têm demonstrado uma relação entre aspectos socioeconômicos e aumento na mortalidade por suicídio. No entanto, não há evidências suficientes sobre as tendências nas desigualdades socioeconômicas nessa mortalidade (BORRELL, 2017; SANTOS, E., 2017).

Não obstante, períodos de recessão econômica podem gerar impacto na prevalência do suicídio (MADIANOS, 2014). Um estudo retrospectivo desenvolvido na Austrália, que investigou o suicídio em jovens, evidenciou que mais de um terço dos suicídios ocorreram em regiões desfavorecidas, evidenciando a pobreza e disparidades sociais como determinantes da saúde mental dos jovens (HILL, 2020).

Apesar desse achado ser discordante de estudos realizados em grandes centros urbanos no Brasil, que não encontraram associação entre suicídio e indicadores socioeconômicos, como produto interno bruto e taxa de desemprego (ASEVEDO, 2018; SANTOS, E.,2017), houve relação com os fatores de risco pertinentes a cada cidade (ASEVEDO, 2018).

Portanto, definir claramente os fatores de risco podem subsidiar estratégias direcionadas para grupos em risco específico (DUDLEY, 2021). Dentre os fatores pesquisados, o sofrimento mental nos jovens tem sido apontado como um preditor do comportamento suicida (BHAT, 2018). Neste estudo, 41,3% dos estudantes apresentaram sintomas relativos aos Transtornos Mentais Comuns (TMC), resultados similares foram encontrados em estudantes da

universidade de São Paulo (39,9%) (GOMES, 2020), Rio Grande do Sul(40%)(PERINI, 2019) e da Etiópia (40,9%)(DACHEW, 2015).

Quanto à avaliação dos itens do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), nervosismo, tensão, preocupação nos últimos 30 dias, dificuldade para dormir, tomar decisões, foram os mais frequentes. Similarmente aos nossos achados, pesquisa conduzida com acadêmicos de enfermagem também encontrou essas principais queixas entre os estudantes, com um percentual de SRQ de 55,3% (OLIVEIRA, 2020).

Problemas com o sono podem estar indiretamente relacionados ao comportamento suicida, através de sintomas depressivos (TAE, 2019). Além dessa relação indireta, também foi demonstrado uma associação direta, corroborado por resultados de estudos conduzidos com estudantes universitários que evidenciaram relação entre sono insatisfatório e comportamento suicida (BECKER, 2018; SUPARTINI, 2016).

Apesar de não ser possível estabelecer uma inferência causal, a satisfação com o sono pode ser um componente a ser considerado nas avaliações (BECKER, 2018), uma vez que problemas com o sono podem comprometer a qualidade de vida dos discentes, por sua relação com os aspectos ocupacionais, cognitivos e sociais (MELADO, 2019).

Além desses sintomas, salienta-se que 30,8% dos jovens referiram que o pensamento de acabar com a própria vida já havia passado pela cabeça. Ademais, os estudantes que referiram pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio, tiveram maiores medianas no SRQ, quando comparados com os estudantes que não apresentaram comportamento suicida.

Taxas elevadas do comportamento suicida tem sido observada em estudantes do ensino médio e universitários. O aumento da demanda de trabalho, mudanças decorrentes da inserção, adaptação ao novo contexto de estudos e o uso de substâncias psicoativas foram associados (BREET, 2021; MILETIC, 2015).

A alta prevalência do comportamento suicida encontrada na amostra estudada, em que 15,6% dos estudantes apresentaram ideação suicida e 7,9% já haviam tentado suicídio é preocupante e desperta a necessidade de reconhecer os principais fatores envolvidos no comportamento suicida, considerando o ambiente educacional (MILETIC, 2015).

Em comparativo aos nossos resultados, alguns estudos encontraram taxas de ideação suicida que variaram de 13,8 a 15,2% e de tentativa de suicídio de 6,3% a 8,5% em estudantes universitários (OWUSU-ANSAH, 2020; DESALEGN, 2020; CHOI, 2020). A alta prevalência

do comportamento suicida também foi semelhante ao resultado do relatório baseado em pesquisas bienais num período de dez anos do *Centers for Disease Control and Prevention* - CDC nos EUA, com estudantes do ensino médio, que encontrou 18,8% de ideação suicida e 8,9% de tentativa de suicídio (IVEY-STEPHENSON, 2020).

É um desafio prever quais fatores distinguem aqueles que tentam suicídio daqueles que não tentam, no entanto, estudantes universitários argentinos que tinham história de tentativa anterior de suicídio, apresentaram níveis elevados de risco de suicídio em comparação com estudantes sem histórico de tentativa (LÓPEZ-STEINMETZ, 2021). A ideação suicida é um preditor significativo para tentativas de suicídio (CHOI, 2020). O histórico de tentativa de suicídio pode aumentar em 243 vezes as chances de ideação suicida em estudantes universitários (VELOSO, 2019).

Quanto ao desempenho acadêmico, nos últimos anos ele tem adquirido destaque no que se refere a sua relação com a saúde mental. Algumas pesquisas trazem uma associação entre baixo desempenho acadêmico, ideação suicida (VELOSO, 2019) e maior risco de tentativa de suicídio (WALLIN, 2020).

No presente estudo, apesar dos jovens não relatarem dificuldades de aprendizagem e estarem satisfeitos com a escolha do curso, um percentual expressivo referiu faltar às aulas e pensou em abandonar ou trancar o curso, sendo que aproximadamente 40% foram reprovados ou aprovados com dificuldade no último semestre.

Nesse contexto, considerar o estresse psicológico e acadêmico é relevante, esses podem levar ao esgotamento emocional, sendo importante minimizá-los. As pressões psicológicas desnecessárias e carga horária excessiva, são fontes de estresses evitáveis. Assim, é possível promover um ambiente de aprendizagem saudável e melhora na saúde mental, além de favorecer uma aprendizagem eficaz e o bem-estar dos estudantes (YUSOFF, 2021).

Os eventos estressantes da vida não traumáticos, principalmente os ocorridos recentemente, podem atuar aumentando o risco de ideação suicida, sobretudo em adultos jovens, quando comparados com adultos mais velhos. Os subsequentes eventos estressantes da vida podem conduzir a estados emocionais intoleráveis, nessa perspectiva, a ideação suicida pode ser vista como uma estratégia de fuga (HOWARTH, 2020).

O baixo suporte social decorrente do mau funcionamento das relações sociais, pode colaborar com o aumento de sintomas depressivos e atitudes suicidas. Os interesses comuns,

como atividades esportivas e associações de estudantes, podem aumentar a proximidade entre os pares e fortalecer as relações sociais. A fim de fortalecer esses vínculos é necessário que os estudantes tenham oportunidades de interagir com os pares (CHEN, 2021).

Nesse sentido, avaliando as atividades de lazer além da sala de aula, verificamos que a maioria dos estudantes praticavam atividades como assistir televisão e o uso de aplicativos, jogos eletrônicos e redes sociais. Atividades culturais também estavam presentes, além de atividades esportivas.

O conhecimento das redes de amigos, assim como seus modelos de comportamento podem auxiliar na compreensão da interação entre pares no ambiente acadêmico. Os *campi* universitários são espaços onde desenvolvem-se relações interpessoais com professores e pares. As interações com os professores, em geral, são focadas nas atividades acadêmicas, sendo a relação com os colegas a principal fonte de comunicação entre eles (CHEN, 2021).

Perda de conexão de suas redes sociais, pressões acadêmicas, pressões sociais provenientes de pessoas significativas para o estudante, podem estimular o envolvimento em práticas não saudáveis, como o uso de substâncias e aumentar a vulnerabilidade à ideação suicida, na ausência de um mecanismo de enfrentamento eficaz (AJIBOLA, 2021).

Em relação aos comportamentos aditivos, estudos tem evidenciado um maior risco de ideação suicida em estudantes que fazem uso de substâncias, como cigarros e sedativos (CAMPO-ARIAS, 2021; AIZPURUA, 2021). Pesquisa conduzida na Colômbia com estudantes do ensino médio encontrou que o tabagismo foi significativamente associado ao comportamento suicida (ideação, planos e tentativa), o que pode ser explicado pelo fato do uso da nicotina ser uma forma acessível para tentar amenizar os estados emocionais negativos (CAMPO-ARIAS, 2021).

Estudantes do ensino superior politécnico que faziam uso de drogas ilícitas e psicofármacos, apresentaram um risco aumentado de suicídio em comparação com estudantes que não faziam uso (GONÇALVES, 2014). Pesquisa realizada com discentes do ensino médio que faziam uso indevido de opioides prescritos, encontrou uma tendência significativamente maior de ideação suicida e tentativas de suicídio que requerem tratamento, no sexo feminino, quando comparada com o masculino. O uso de opioides podem aumentar a vulnerabilidade ao suicídio, mais notadamente no sexo feminino (PONTES, 2021).

Na análise de regressão logística, ter feito uso de maconha nos últimos 30 dias apresentou associação com o comportamento suicida, aumentando as chances de ideação. Consistente com nossos resultados, pesquisas conduzidas com universitários observaram que estudantes que fizeram uso de maconha no último mês, referiram pensamentos suicida (TABET, 2020). Além disso, estudantes que fizeram uso de maconha estavam mais propensos a faltar aulas, com reflexo no desempenho acadêmico e atraso na conclusão do curso (ARRIA, 2015). O uso de álcool, tabaco e outras drogas aumentam as chances de ideação suicida em estudantes universitários (VELOSO, 2019).

No entanto, ser afiliado a alguma religião apresentou associação negativa com o comportamento suicida, diminuindo as chances de ideação suicida. Émile Durkheim já trazia em 1897 o suicídio como um fenômeno social e a sua relação com a religião. As crenças religiosas e espirituais positivas têm sido relacionadas a níveis mais baixos de depressão, uso de drogas e tentativas de suicídio, assim como a uma melhora no bem-estar e qualidade de vida (CORDERO, 2018). Entretanto, as evidências do papel da religião no comportamento suicida ainda são inconsistentes, o que pode ser devido às diferentes perspectivas analisadas, seja através da afiliação religiosa, adesão à doutrina ou nível de participação (GEARING, 2018).

Nossos achados demonstraram uma associação da religião com ideação suicida e tentativa de suicídio, conferindo um efeito protetor sobre o comportamento suicida. A maior parte dos estudantes investigados (66,5%) possuíam alguma religião, sendo na sua maioria protestantes e católicos. A associação entre religiosidade, sofrimento psíquico e comportamento suicida envolvem questões complexas que estão relacionadas com fatores culturais e pessoais, podendo ser um fator protetor em alguns contextos socioculturais e em outros não (ESKIN, 2019). Dependendo da forma como se apresentam, o mesmo evento pode assumir a direção de risco ou de proteção(SANTOS, 2016). Portanto, a religiosidade pode atuar como um fator protetor, mas também como fator de risco. O fanatismo, ascetismo e tradicionalismo opressivo podem estar associados a eventos negativos (ALVES, 2010).

Os estudos, em geral, evidenciam que ser afiliado a alguma religião está relacionado a melhora na saúde mental e menores taxas de comportamento suicida, ocorrendo com menos frequência em indivíduos que consideram a religião um fator importante em suas vidas, quando comparados com os que não fazem parte de uma comunidade religiosa (MOSQUEIRO, 2020; HAMDAN, 2020).

Atitudes mais permissivas em relação ao suicídio foram encontradas em pessoas sem religião ou em ateus (SAIZ, 2021). Isso pode ser explicado pela interação social decorrente das práticas religiosas e a busca por ajuda, assim como, pelo sentimento de vergonha devido ao fato de o comportamento suicida ser visto como um abandono dos fundamentos das crenças religiosas (HAMDAN, 2020). Além disso, a participação em um grupo religioso pode fortalecer a coesão social e incentivar à adoção de comportamentos saudáveis e participação em atividades voluntárias (VANDERWEELE, 2017).

A maioria dos estudantes investigados frequentavam a comunidade religiosa de forma assídua. A frequência à comunidade religiosa tem sido associada a um efeito protetor no risco de suicídio, mais notadamente do que apenas fazer parte de alguma religião. No entanto, a avaliação da frequência não deve ser considerada isoladamente, aspectos como a religiosidade subjetiva e valor da religião devem ser considerados (SAIZ, 2021).

Por outro lado, alguns estudos apontam que a religião não exerce um efeito protetor sobre o comportamento suicida. Um estudo multinacional realizado com universitários de 12 países encontrou uma associação positiva entre estudantes que possuíam algum tipo de religião e tentativa de suicídio, quando comparados com estudantes que não possuíam afiliação religiosa. Além disso, a orientação sexual também tem sido investigada, acredita-se que ela pode moldar essa relação, mesmo que de forma mínima. Jovens universitários, de minoria sexuais, que consideravam a religião muito importante apresentou uma associação positiva com ideação e tentativa de suicídio, já em heterossexuais o efeito foi protetor (LYTLE, 2018).

No que diz respeito à afiliação religiosa, um estudo de caso controle evidenciou que o envolvimento religioso mais profundo na comunidade da igreja, diminuiu o risco de suicídio para católicos e aumentou para protestantes (MOKSONY, 2019). É importante considerar que a variável filiação religiosa tem limitações, não sendo possível por si só obter distinções importantes, uma vez que em alguns contextos ela pode favorecer a conexão do indivíduo à comunidade e em outros favorecer o isolamento (LAWRENCE et al, 2016). É necessária uma avaliação mais detalhada que contemplem não somente a existência de uma afiliação religiosa, mas a sua prática e compromisso religioso.

Além da religiosidade, a avaliação de aspectos como a coesão social são relevantes (LYTLE, 2018). Alguns estudos trazem uma relação protetora entre a frequência religiosa e o risco de suicídio, pois a frequência ao serviço religioso pode criar oportunidades de apoio social (LAWRENCE et al, 2016). Assim, é importante entender o impacto da integração social

considerando também os aspectos culturais (MOKSONY, 2019). Apesar de que em algumas culturas o suicídio seja considerado um tabu, a religião pode representar um significado na vida, contribuindo com a satisfação e razões para viver (LI, 2021).

A prática religiosa pode ser um veículo encontrado por muitas pessoas para retomar o equilíbrio emocional e psicológico, diante de situações adversas, atribuindo um significado na vida, favorecendo o pertencimento, a identidade e conexão (MONTEIRO, 2020).

Para além desses dados descritivos é importante salientar que o suicídio é uma das principais causas de morte em jovens em todo o mundo e estratégias de prevenção são necessárias. Essas estratégias devem incluir programas universais direcionados a toda população jovem para identificação de casos e educação sobre riscos em ambientes educacionais. Dentre essas estratégias destacam-se o treinamento para responder de forma eficaz discentes em risco de suicídio; estratégias de prevenção seletiva para um fator de risco compartilhado dentro de um subgrupo: prevenir fatores de riscos, desenvolver habilidades adaptativas, aumento do suporte social e intervenção imediata dirigida a um indivíduo em situação de crise, posvenção do suicídio (CHA, 2018).

Revisão sistemática que avaliou estudos de intervenções para prevenção do suicídio no campus universitário e em escolas do ensino médio, evidenciou que essas ações se concentravam em países de alta renda e foram focadas em intervenções seletivas. Aspectos como conhecimento e atitudes relacionados ao suicídio, habilidades dos funcionários e estigma relacionado ao suicídio foram abordados (BREET, 2021).

As atividades desenvolvidas no ambiente educacional ou na comunidade podem fortalecer a resiliência, principalmente em jovens que tiveram experiências que impactam no risco de automutilação. A falta de conhecimento sobre saúde, assim como o excesso de autossuficiência podem aumentar o risco de suicídio (DUDLEY, 2021).

A eficácia das estratégias de prevenção do suicídio está condicionada também a forma como ela é realizada, quem executa e o contexto. Algumas intervenções podem ser eficazes em um ambiente, mas ineficazes em outro (BREET, 2021). Portanto, a educação para prevenção do suicídio deve ser parte integrante em programas de ensino. Além do foco individualizado, é preciso considerar os contextos sociais, organizacionais e culturais (RANAHAN, 2020).

8 CONCLUSÃO

A prevalência do comportamento suicida encontrada no estudo foi significativa, principalmente no que se refere à tentativa de suicídio, o que desperta necessidade urgente de intervenções, dado o seu risco potencial. Somada a essa alta prevalência, chama a atenção o percentual elevado de estudantes com transtornos mentais comuns.

Apesar da relevância dos dados, não é possível determinar uma relação causal entre o comportamento suicida, a ocorrência de transtorno mental comum e o contexto acadêmico. No entanto, diante das associações significativamente identificadas, ressalta-se a importância de ações que tornem o ambiente educacional, além de um espaço de formação tecnocientífica, um lugar essencialmente acolhedor e com olhar para as necessidades de saúde mental do seu corpo discente.

As associações evidenciadas neste estudo entre comportamentos de risco, como o uso de substâncias psicoativas e o comportamento suicida, requer intervenções que estimulem o desenvolvimento de habilidades adaptativas para enfrentamento de situações adversas, para minimizar o nível de estresse. Programas de gerenciamento do risco de suicídio e de prevenção devem ser estabelecidos, considerando a realidade local e entorno, com enfoque em intervenções de curto e médio prazo.

Nesse sentido, considerando que há um serviço de enfermagem que atua no campus Recife do IFPE, os dados dessa pesquisa poderá subsidiar o enfermeiro no direcionamento das ações de promoção da saúde mental e intervenções para prevenção do suicídio voltadas para essa população, considerando a realidade local. As ações de educação em saúde podem estimular o desenvolvimento de atividades que promovam o bem-estar, a promoção da saúde mental e qualidade de vida dentro do espaço educacional.

No entanto, os resultados do presente estudo devem ser interpretados considerando algumas limitações. Em se tratando de análises transversais, os dados não podem fornecer clareza suficiente sobre a direção das associações quantificadas e apesar de ser viável avaliar a associação entre os fenômenos estudados, não é exequível definir a causalidade, além disso, é possível que alguns estudantes tenham ignorado seus sintomas. Assim, estudos longitudinais são necessários para prever possíveis causas.

Destacam-se como potencialidades desta pesquisa, a diversidade de variáveis investigadas, considerando a multicausalidade do comportamento suicida, e o uso de instrumentos validados para triagem. Considerando as diversas definições em relação ao constructo ideação suicida, o uso desses instrumentos pode fornecer mais precisão na avaliação do risco de suicídio.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.R.N. et al. The influence of religiosity on health. **Cien. Saúde Colet**, [s/l], v. 15, n. 4, p. 2105-2111. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400024>. Acesso em 05 ago. 2021.

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil: 2018. São Paulo: ABEP, 2018. Disponível em:< http://www.abep.org.>. Acesso em: 07 set. 2019.

AIZPURUA, E.; CARAVACA-SÁNCHEZ, F.; TALIAFERRO, L.A. Suicidality Among College Students in Spain: Prevalence and Associations With Substance Use, Social Support, and Resilience. **Death Stud**.,[s/l], v. 8, p.1-6. mar.2021. Disponível em: http://doi: 10.1080/07481187.2021.1888823. Acesso em: 05 aug. 2021.

AJIBOLA, A.O.; AGUNBIADE, O.M. Suicide Ideation and Its Correlates Among University Undergraduates in South Western Nigeria. International Quarterly of Community Health Education. **Int Q Community Health Educ**, [s/l], p. 1-14, mar.2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33789532. Acesso em: 05 Jul 2021.

ANDRÉ, W. Sobre o conceito de suicídio. **Revista estação literária**. Londrina, v.20, p. 154-174, mar. 2018.

ARAÚJO, E.S.A.; BICALHO, P.P.G. Suicídio: crime, pecado, estatística, punição. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n. 2, p. 723-734, dez. 2012. Disponível em: https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/151/261. Acesso em:01 Mar 2019

ARRIA, A. M. et al. The academic consequences of marijuana use during college. **Psychology of Addictive Behaviors**,[s/l], v. 29, n.3, p. 564-575. 2015. Disponível: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586361. Acesso em: 10 Jan 2021.

ASEVEDO, E. et al. Ten-year evolution of suicide rates and economic indicators in large Brazilian urban centers. **Current opinion in psychiatry**, [s/l], v. 31, n. 3, p. 265–271, may.2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29528901/. Acesso em: 10 apr 2021.

BAERE, F.; ZANELLO, V. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. **Estud. psicol**. Natal, v. 23, n. 2, p.168-178, jun.2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019. http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180017.

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.22, n.9, p. 2841-2850, set. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/63k5xJZTD5DZ4JKvLcgXbbD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 10 Ago 2019

BASTOS, F.I.P.M; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT, 2014. Disponível

em:<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf> Acesso em 13 Out. 2019.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BHAT, U. S. et al. Psychological distress among college students of coastal district of Karnataka: A community-based cross-sectional survey. **Asian J Psychiatr**, [s/l], n.38, p. 20-24, dec.2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30384224. Acesso em: 05 Nov 2019.

BECK A.T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. **J Consult Clin Psychol**. v.47, n. 2, p.343-52. 1979. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/469082. Acesso em: 10 Mar 2019

BECKER, S.P. et al. Sleep Problems and Suicidal Behaviors in College Students. **J Psychiatr Res**.[s/l], n. 99, p.122–128. apr, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29448236 . Acesso em:10 Mar 2019.

BIBI A., BLACKWELL, S. E., MARGRAF, J. Mental health, suicidal ideation, and experience of bullying among university students in Pakistan. **Journal of Health Psychology**. v. 26, n.8, p.1185-1196. july. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31441329. Acesso em: 05 Oct 2020.

BORRELL, C. et al. Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. **BMC Public Health**,[s/l], v.17, n. 772, oct.2017. Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4777-7. Acesso em:01 Set 2020.

BOTEGA, N.J. **Crise Suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.12, p. 2632-2638, dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200010. Acesso em: 22 Fev 2019

BOTTI, N.C.L. Desafios éticos e suicídio na pós-modernidade. **Cadernos Zygmunt Bauman**, v. 9, n. 21, 2019.

BRASIL. Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796. Acesso em:13 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020.Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir, v.40, n. 38, Brasília, DF: Ministério da saúde, 2017b.

BRASIL. Resolução nº 57/2015. Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco. Aprova o Plano de Desenvolvimento Institucional do IFPE; 2015.

BRASIL. Resolução nº 466/2012. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília, DF: SENAD, 2010. 284 p.

BRASIL. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. **Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), ago. 2006.

BREET, E. Systematic review and narrative synthesis of suicide prevention in high-schools and universities: a research agenda for evidence-based practice. **BMC Public Health**, n.1116, june.2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-021-11124-w. Acesso em: 28 Ago 2021.

CAMARA, H. Mil razões para viver: meditação do Padre José. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1978.101 p.

CAMPO-ARIAS, A. et al. Cigarette Smoking and Suicidal Behaviors in Colombian High-School Students, **Journal of Drug Issues**, v.51, n.3, p.566-575. apr. 2021. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00220426211007090. Acesso em: 25 Ago 2021.

CAMPOS, R.C. et al. Does psychache mediate the relationship between general distress and suicide ideation? **Death Stud**. v. 41, n. 4, p. 241-245. apr. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27824293/. Acesso em: 10 Jan 2020.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo** (Ari Roitman e Paulina Watch, Trad.). Rio de Janeiro: Record. 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2015. Components of the Whole School, Whole Community, Whole Child. Disponível em: https://www.cdc.gov/healthyschools/wscc/components.htm. Acesso em: 10 july. 2020.

CHA, C.B. et al. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment, **Journal of Child Psychology and Psychiatry** , v. 59, n.4, p. 460–482.nov. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29090457/. Acesso em: 10 Jan. 2020.

CHAGAS, J.C.; PEDROZA, R.L.S. Patologização e Medicalização da Educação Superior. **Psic.: Teor. e Pesq**. Brasília, v. 32, n. spe, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne28>. Acesso em: 10 Jan 2020.

CHANG, E.C. et al. Family Support as a Moderator of the Relationship Between Loneliness and Suicide Risk in College Students: Having a Supportive Family Matters! **The Family Journa**l., v.25, n.3, p.257-263. May,2017. Disponível em: https:// doi:10.1177/1066480717711102. Acesso em: 10 mar. 2020.

CHEN, C. et al. The Research of Social Network Analysis on College Students' Interactive Relations. **International Journal of Cognitive Informatics and Natural Intelligence**,v.15, n.2, Apr-June.2021.Disponível em: https://www.igi-global.com/article/the-research-of-social-network-analysis-on-college-students-interactive-relations/268850. Acesso em: 10 Ago. 2021.

CHOI, B.R.; BAE, S.M. Suicide ideation and suicide attempts of undergraduate students in South Korea: Based on the interpersonal psychological theory of suicide. **Children and Youth Services Review**, v.117, oct. 2020. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019074092030801X. Acesso em: 10 Jan. 2021.

CICOGNA, J.I.R.; HILLESHEIM, D; HALLAL, A.L.L.C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **J. bras. psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 68, n.1, p.1-7, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000218>.Acesso em: 10 jan 2021.

CORDERO, R.D. et al. Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal. **J Clin Nurs**. 2018 july; v.27, n.13-14,Apr.2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29516571/. Acesso em: 10 Jan. 2020.

COSTA, A.C.B, et al. Risk factors for suicidal behavior in a university population in Brazil: A retrospective study. **Psychiatry researche**, n. 278, p. 129-134, Aug. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31176828/. Acesso em: 20 Jul. 2021.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

DACHEW B.A. et al. Prevalence of Mental Distress and Associated Factors among Undergraduate Students of University of Gondar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institutional Based Study. **Plos one**., v.10, n.3, Mar. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25794278/. Acesso em: 20 Fev. 2020.

DANTAS, E.S.O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, nov. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/TkRBSMjGrKFQ6xYpktb9J4P/?lang=pt#. Acesso em: 10 Fev. 2020.

DESALEGN, G. T. et al. Suicide ideation, attempt, and determinants among medical students Northwest Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. **Ann Gen Psychiatry**, v.19, n. 44, aug.2020. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12991-020-00295-2. Acesso em: 10 Jan. 2021.

DUDLEY, M.J.; LIN P.I. Preventing suicide by young people requires integrative strategies. Med J. Aust, v.214, n.3, p.125-126. feb.2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33583061/. Acesso em: 10 Ago. 2021.

DURKHEIM, E. **Le suicide**. Paris: PUF, 1986.

DUTRA, E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. **Estud. pesqui. Psicol**., Rio de janeiro, v.12, n. 3. dez. 2012. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em:20 Jan 2021.

ESKIN, M. et al. The Role of Religion in Suicidal Behavior, Attitudes and Psychological Distress Among University Students: A Multinational Study, **Transcultural Psychiatry**, v. 56, n.5, p. 853–877, oct.2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30734653/. Acesso em: 10 Jan. 2021.

FEENEY, B. C., COLLINS, N. L. (2015). A New Look at Social Support: A Theoretical Perspective on Thriving Through Relationships. **Pers Soc Psychol Rev**., v.19, n. 2, p.113–147, may. 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25125368/. Acesso em: 05 mar. 2021.

FERREIRA J, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 15-28, 2015.

FEKKES, M. et al. Effects of the Dutch Skills for Life program on the health behavior, bullying, and suicidal ideation of secondary school students. **Health Education**. v.116, n. 1, p. 2-15. Jan. 2016. Disponível em: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/HE-05-2014-0068/full/html. Acesso em: 28 jan. 2020.

GEARING, R.R.; ALONZO, D. Religion and Suicide: New Findings. **J Relig Health**, v. 57, n.6, p.2478-2499, may. 2018.Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-018-0629-8. Acesso em: 28 jan. 2021.

GOLDBERG, D.P. Common mental disorders: a bio-social model. ***Acta Psychiatr Scand Suppl***.New York, n. 385, p.66-70. 1994. Disponível em: http://doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb05916.x:. Acesso em: 05 jan. 2020.

GOMES, C.M. et al. Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: abordagem epidemiológica sobre vulnerabilidades. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**., v.16, n. 1, p. 1-8. mar. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 Fev. 2021.

GONCALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380 - 390, feb. 2008.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>. Acesso em: 05 jun.2020.

GONÇALVES, A.M. et al. Ideação Suicida em Estudantes do Ensino Superior Politécnico: Influência de Algumas Variáveis Sociodemográficas, Académicas e Comportamentais. **Millenium**, n.47, p. 191-203, Jun-dez.2014.

GRANER, K.M.; CERQUEIRA, A.T.A.R. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1327–1346, Maio.2019.Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017.Acesso em:05 jun.2020.

GUERREIRO, E. A Ideia de morte: do medo à libertação. **Diacrítica**, Braga, v. 28, n. 2, p. 169-197. 2014.

GUO, L. et al, Association of emotional and behavioral problems with single and multiple suicide attempts among Chinese adolescents: Modulated by academic performance. **J Affect Disord**., n. 258, p.25–32. Nov.2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31382101/. Acesso em: 10 mar.2021.

HAMDAN, S., PETERSEIL-YAUL, T. Exploring the psychiatric and social risk factors contributing to suicidal behaviors in religious young adults. **Psychiatry Res**, n. 287, may.2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31229309/. Acesso em: 10 sept. 2020.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**., v. 10, n. 2, p. 231–241, may. 1980. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7384326/. Acesso em: 10 jan. 2020.

HILL, N.T.M. et al. Suicide by young Australians, 2006–2015: a cross-sectional analysis of national coronial data. **Med J Aust**., v.214, n.3, p.133-139, nov.2020.Disponível em: https://www.mja.com.au/journal/2021/214/3/suicide-young-australians-2006-2015-cross-sectional-analysis-national-coronial. Acesso em: 10 jan. 2021.

HOWARTH E.J. et al. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord**.,v. 266, p.731-742, Apr.2020.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217256/. Acesso em: 20 oct. 2020.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INSTITUTO FEDERAL DE PERNAMBUCO. Portal IFPE. Disponível em: <https://portal.ifpe.edu.br/campus/recife/cursos> Acesso em: 10 Set. 2019.

INSTITUTO FEDERAL DE PERNAMBUCO. Portal IFPE. Disponível em: <https://portal.ifpe.edu.br/o-ifpe/assistencia-estudantil/documentos-norteadores/proposta-da-assistencia-estudantil-aprovada-pelo-consupe-26-03-12.pdf>. Acesso em: 13 Out. 2019

IVEY-STEPHENSON, A.Z. et al. Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students - Youth Risk Behavior Survey, United States,2019. **MMWR**; v. 69, n.1, p.47-55. Aug.2020. Disponível em:https:// doi:10.15585/mmwr.su6901a6. Acesso em: 05 jan. 2021.

LEME, V.B.R. Habilidades Sociais e Prevenção do Suicídio: Relato de Experiência em Contextos Educativos. **Estud. pesqui. psicol**. ; v.19, n.1, p.284-297, jan.-abr. 2019.

LEW, B. et al. Suicidality among Chinese college students: A cross-sectional study across seven provinces. Suicidality among Chinese college students: A cross-sectional study across seven provinces. **Plos one**, v.15, n.8. aug. 2020. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0237329. Acesso em: 10 jan. 2021.

LI, L. et al. The prevalence of suicidal behaviors and their mental risk factors among young adolescents in 46 low- and middle-income countries. **J Affect Disord**., n.281, p.847-855, feb. 2021.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33248811/. Acesso em: 02 aug. 2021
LIMA, R. Suicídios e a universidade produtivista. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v.13, n. 149, p.78-86, out. 2013.

LÓPEZ-STEINMETZ, L.C., et al. Factors Increasing Suicidal Risk in Young Argentinean College Students With and Without Suicide Attempt History. **Int J Ment Health Addiction**, mar.2021. disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-021-00517-y?utm_source=xmol&utm_medium=affiliate&utm_content=meta&utm_campaign=DDCN_1_GL01_metadata#citeas. Acesso em: 15 aug. 2021.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002. Disponível em; https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014. Acesso em: 10 jan. 2020.

LUEDKE FILHO, E.; FLORA, A.D.; MENDES, L.R.S. Suicídio juvenil e sociedade: primeiras aproximações. **Cadernos Zidmunt Bauman**. v. 9, n. 20. 2019.

LYTLE, M.C. et al. Association of Religiosity With Sexual Minority Suicide Ideation and Attempt, **Am J Prev Med**, v. 54, n.5, p.644-651, may.2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29550162/. Acesso em: 10 jan. 2020.

MACHADO, J.C.M.; FEITOSA, A. C. O Mal-Estar na contemporaneidade: diálogos interdisciplinares entre Freud e Bauman. **Braz. J. of Develop**. Curitiba, v. 6, n. 2, p.9333-9345 feb. 2020.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 2012. **J. Bras. Psiquiatr**, v. 64, n. 1, p. 45–54, mar. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056. Acesso em: 10 abr. 2020.

MADIANOS, M.G. et al. Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. **Eur. J. Psychiat**, Zaragoza, v. 28, n.1, p.39-49, mar.2014. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632014000100004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10jan. 2020.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire. **Br J Psychiatry**, n. 148, p. 23-7. Jan.1986. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3955316/. Acesso em: 10 jan. 2020.

MARTINS JÚNIOR et al. Suicide attempts in Brazil, 1998 - 2014: na ecological study. **BMC Public Health**.; v.16, n. 990, Sept. 2016.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27632979/. Acesso em: 10 jan. 2020.

MATTEDI, M.A.; PEREIRA, A.P. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. **Cad. CRH**, Salvador, v. 20, n. 50, p. 319-330, Aug. 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-49792007000200009. Acesso em: 05 mar. 2020.

MCHUGH, C.M. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. **BJPsych Open**, v.5, n.2, p. 1–12. mar. 2019.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30702058/. Acesso em: 10 já. 2021.

MELADO, A.S.S.G. et al. Prevalência e fatores de risco associados a transtornos mentais comuns entre os estudantes de medicina. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n.41, jan-dec. 2019.

MILETIC, V. et al. Demographic risk factors for suicide and depression among Serbian medical school students. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**., v.50, n.4, p. 633-638, Apr.2015.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25205334/. Acesso em: 10 jan. 2020.

MONTEIRO, D.A. et al. Espiritualidade / religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. **Bol. - Acad. Paul. Psicol**., São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 out. 2021. Acesso em:10 mar. 2021.

MORAES, S.M. et al. Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. **Acta Paul. Enferm**., v. 29, n. 6, p.643-649, nov-dec.2016.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600090>. Acesso em: 10 mar.2020.

MORETTO, M.L.T. et al. O suicídio e a morte do narrador. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 159-164, Aug. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420172802>. Acesso em:10 jan. 2020.

MOKSONY, F.; HEGEDŰS, R. Religion and Suicide: How Culture Modifies the Effect of Social Integration. **Arch Suicide Res**., v.23, n.1, p.151-162, Mar.2019.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29293070/. Acesso em: 10 jan.2021.

NORTES, S. It's a little bit silent, this feeling inside: Spain's historic condemnation of suicide is contributing to a damaging culture of silence today. **Index on Censorship**, v.48, n.4, p.73–75. dec. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0306422019895469. Acesso em: 25 mar 2021.

OLIVEIRA, E.B. et al. Common mental disorders in nursing students of the professionalizing cycle. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n.1, Feb.2020.Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0154. acesso em: 10 jan. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ / compiled by M. Beusenberg and J. Orley.) World Health Organization.1994. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/61113. Acesso em: 05 jan. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf. Acesso em: 05 jan. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Suicidio: nota descriptivas. 2019. Disponível em: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide. Acesso em: 07 sept. 2019.

OWUSU-ANSAH, F.E. et al. Suicide among university students: prevalence, risks and protective factors, **Health Psychology and Behavioral Medicine**, v.8, n.1, p. 220-233. Jun.2020. Disponível em: https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1766978. Acesso em: 10 jan. 2021.

PEREIRA, A.A.G.; CARDOSO, F.M.S. Searching for Psychological Predictors of Suicidal Ideation in University Students. Psicologia: Teoria e Pesquisa v. 33, p. 1-8, oct. 2017.Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33420. Acesso em: 15 set. 2019.

PEREIRA, A; CARDOSO, F. Suicidal Ideation in University Students: Prevalence and Association With School and Gender. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.25, n. 62, p. 299-306, dec. 2015.Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-43272562201503. Acesso em: 15 set. 2019.

PERINI, J. P. et al. Transtornos mentais comuns e aspectos psicossociais em universitários do sul do Brasil. **VITTALLE - Revista De Ciências Da Saúde**, v.31, n.1, p. 44–51. 2019

PFLEDDERER, C.D.; RYAN, R.D.; BRUSSEAU T.A. School environment, physical activity, and sleep as predictors of suicidal ideation in adolescents: Evidence from a national survey. **J Adolesc**. n.74, p.83–90. Jul. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31176240/. Acesso em: 15 sept. 2019.

PIEDRAHITA, S, L.E.; PAZ, K.M.; ROMERO, A.M. Estrategia de intervención para la prevención del suicídio em adolescentes: la escuela como contexto. **Hacia promoc. Salud**,Manizales, v.17, n. 2, p.136-148, Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2019.

PONTES, N.M.H. et al. Gender differences in the relationship between prescription opioid misuse and depressive symptoms and suicidality among US High School Students. **Nurs outlook**,v.69, n.4,p.641-651. Feb. 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579512/. Acesso em: 10 apr. 2021.

QUARSHIE, E.N., et al. Prevalence of suicidal behaviour among nursing and midwifery college students in Ghana. **Nurs Open**, v.6, n. 3, p.897-906. Apr. 2019.Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650678/. Acesso em: 10 sept. 2019.

RANAHAN, P. suicide prevention education within youth work higher education: negotiating presence and procedure. **International Journal of Child, Youth and Family Studies**, v.11, n.3, p. 167-191, Ago.2021.Disponível em: https://doi.org/10.18357/ijcyfs113202019714. Acesso em:10 jan.2021.

REIS, A.H.; BEZERRA, J.M.M.; REIS, P.M.S. O Suicídio na visão do século XIX e na contemporaneidade – desafios aos paradigmas médico e psicológico. **Revista Científica do UniRios**, p. 383 – 397. 2020.

RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciênc. saúde colet**., Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p.2821-2834, set.2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018. Acesso em: 10 set 2019.

SAIZ, J. et al, 2021. Religiosity and Suicide: A Large-Scale International and Individual Analysis Considering the Efects of Diferent Religious Beliefs, **J Relig Health**, v.60, n.4, p.2503-2526, aug. 2021.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33387189/. Acesso em: 05 aug. 2021.

SANTOS, E.G.O.; BARBOSA, I.R. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 371-378, Out.2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030015. Acesso em: 10 jan. 2020.

SANTOS, H.G.B. et al. Factors associated with suicidal ideation among university students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 25: e2878.May. 2017.Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878 . Acesso em: 10 sept 2017.

SANTOS, W.S. et al. A influência dos fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Psicologia, saúde e doenças**, v.17, n.3, p. 515-526. 2016. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36249164016. Acesso em: 05 ago. 2021.

SILVA, B.F.A. et al. O suicídio no Brasil contemporâneo. **Soc. estado**., Brasília, v. 33, n. 2, p.565-579, Ago. 2018.

SOUSA, K.A.; FERREIRA, M.G.S.; GALVAO, E.F.C. Assistência multidisciplinar à saúde nos casos de ideação suicida infantojuvenil: limites operacionais e organizacionais. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 73, supl. 1, e20190459.2020. Disponível em:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0459. Acesso em: 05 ago. 2020.

SUPARTINI, A. et al. The Impact of Sleep Timing, Sleep Duration, and Sleep Quality on Depressive Symptoms and Suicidal Ideation amongst Japanese Freshmen: The EQUSITE Study. **Sleep Disord**., Mar. 2016.disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27042358/. Acesso em: 10 jan. 2021.

TABET, A. C. et al. The Consequences of Cannabis Use: A Review of Self-Reported Use and Experiences Among College Students. **J Dr Nurs Pract**. v.13, n.3, p. 229-23, nov.2020. Disponível em: doi:10.1891/JDNP-D-19-00082. Acesso em: 05 jan 2021.

TAE, H.; JEONG, B.R.; CHAE, J.H. Sleep problems as a risk factor for suicide: Are certain specific sleep domains associated with increased suicide risk? **J Affect Disord**.v.1, n.252, p.182-189.jun.2019.Disponível em: http://doi: 10.1016/j.jad.2019.04.053. Acesso em: 10 mar. 2020.

TATZ C. Suicide and sensibility. **Death Stud**., v. 41, n. 8, p. 542-550. Sep. 2017.Disponível em: doi:10.1080/07481187.2017.1333358. Acesso em: 05 ago. 2020.

TORRES A.R. et al. Suicidal ideation among medical students, prevalence and predictors. **J Nerv Ment Dis**, v.206, n. 3, p.160-168, Marc. 2017.Disponível em: doi:10.1097/NMD.0000000000000734. Acesso em: 05 ago. 2020.
TURECKI, G.; BRENT, A.D. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet**, London, 387(10024), p. 1227-39, Marc.2016. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2. Acesso em: 05 aug. 2020.

TREVISAN, E.P.T.; SANTOS, J.A.T.; OLIVEIRA, M.L.F. Tentativa de suicídio de mulheres: dados de um de assistência toxicológica do Paraná. **Rev Min Enferm**.; v.17, n.2,

p.412-417. Abr.2013. Disponível em: DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130031

VANDERWEELE, T, J.; BALBONI, T.A.; KOH, H.K. Health and Spirituality. JAMA, v.318, n. 6, p. 519-520, Aug.2017. Disponível em: doi: 10.1001/jama.2017.8136. Acesso em: 05 jan. 2021.

VARES, S.F. O problema do suicídio em Émile Durkheim. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 13, n. 18,p.13-36.2017.

VELOSO, L.U.P. Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**.[s/l], v. 40,e20180144. Out.2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180144>. Acesso em: 10 nov.2021.

WALLIN, A.S. et al. Academic performance, subsequent socioeconomic status and suicide attempt in adulthood: path analyses on Swedish cohort data. **J Epidemiol Community Health**, v.74. n.12, p.1002-1007, Aug.2020. Disponível em:http://dx.doi.org/10.1136/ jech-2020-214402. Acesso em 05 jan. 2021.

WYMAN, P.A. et al. Peer-adult network structure and suicide attempts in 38 high schools: implications for network-informed suicide prevention. 2019.**Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.60, n.10, p.1065-1075. Aug. 2019.Disponível em: https://doi.org/10.1111/jcpp.13102. Acesso em: 05 jan. 2020.

YUSOFF, M.S.B.; HADIE, S.N.H.;YASIN, M.A.M. The roles of emotional intelligence, neuroticism, and academic stress on the relationship between psychological distress and burnout in medical students. **BMC Med Educ**.,v.21, n.293, May.2021. Disponível em: doi:10.1186/s12909-021-02733-5. Acesso em Acesso em 05 aug. 2021.

ZHAI, H., et al. Correlation between Family Environment and Suicidal Ideation in University Students in China.**Int J Environ Res Public Health**, v.12, n. 2, p.1412-24. Jan.2015.Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph120201412. Acesso em: 05 jan. 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos você para participar como voluntário(a) da pesquisa **Padrão de consumo de drogas e avaliação da saúde mental entre estudantes dos *campi* do Instituto Federal de Pernambuco, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas e do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco** que está sob a responsabilidade da pesquisadora, Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli, Rua Alto do Reservatório, S/N - Bela Vista, CEP: 55608-680 - Vitória de Santo Antão, telefone: (81) 9 98887782, e-mail: jaquelinealbuquerque@hotmail.com. Também participam também desta pesquisa as professoras e pesquisadoras: Fernanda Guimarães, Iracema Frazão, Naíde Teodósio, Roberta Uchôa, Pollyanna Pimentel, Rossana Rameh e Zila Sanchez.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que você não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está aplicando o instrumento para que você esteja bem esclarecido(a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Também garantimos que você tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:
- O estudo tem como objetivo: Analisar o padrão de consumo de substâncias psicoativas, assim como os aspectos referentes à saúde mental, de estudantes matriculados nos *campi* do Instituto Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória (CAV/UFPE) e Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA/UFPE).
- A coleta de dados será realizada nos *campi* do IFPE e da UFPE. Para a coleta dos dados será aplicado um instrumento com informações sobre uso de drogas e sua saúde mental. Você levará aproximadamente 60 minutos (1 hora) para responder o instrumento.
- Riscos: O processo da pesquisa, incluindo a coleta de dados poderá causar algum constrangimento aos participantes. Para minimizar isso, a aplicação do instrumento será realizada em ambiente reservado e de forma individualizada.
- Benefícios: Os benefícios diretos para os voluntários são principalmente a oferta de maior conhecimento e autorreflexão sobre suas atitudes diante o consumo de drogas, assim como a oportunidade de refletir sobre a sua saúde mental. Quanto aos benefícios indiretos, podem-se citar o maior conhecimento sobre a problemática e o fornecimento de informações que possibilitem a criação de estratégias de prevenção e intervenção relativas ao uso de drogas e promoção da saúde mental entre os estudantes do IFPE.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevista) ficarão armazenados em (pastas de arquivo), sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima informado pelo período mínimo de 5 anos. Você não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.
Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____
(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu,_____
_____,CPF_____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, **Padrão de consumo de drogas e avaliação da saúde mental entre estudantes de nível superior dos *campi* do Instituto Federal de Pernambuco, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas e do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco,** os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligada à equipe de pesquisadores):

Nome da testemunha 1: _____

Assinatura da testemunha 1: _____

Nome da testemunha 2: _____

Assinatura da testemunha 2: _____

ANEXO A – ANUÊNCIA DE USO DE DADOS

Jaqueline Galdino da Silva Perrelli

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos ao/à pesquisador/a **(Marília de Oliveira Crispim)**, o acesso aos arquivos de **base de dados de pesquisa "Padrão de consumo de drogas e avaliação de saúde mental entre estudantes de nível superior dos campi do Instituto Federal de Pernambuco, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco"** para serem utilizados na pesquisa: **Fatores associados ao comportamento suicida em estudantes**, que está sob a orientação do/a Prof/Dra. **Iracema da Silva Frazão**.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

_____

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

Anexo B - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa

UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS RECIFE - UFPE/RECIFE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA EM ESTUDANTES
Pesquisador: MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 30774120.4.0000.5208
Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.040.537

Apresentação do Projeto:
Trata-se do projeto de pesquisa intitulado “FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA EM ESTUDANTES”, sob a responsabilidade da pesquisadora MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPE, tendo como professora orientadora Dra. Iracema da Silva Frazão e coorientadora a Profª. Dra. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli.
Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, que visa analisar os fatores associados ao comportamento suicida em estudantes. Para isso, a pesquisadora utilizará o banco de dados da pesquisa “Padrão de consumo de drogas e avaliação da saúde mental entre estudantes de nível superior dos campi do Instituto Federal de Pernambuco, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco” já aprovada por esse comitê de ética sob número do parecer: 2.937.477.
A pesquisa utilizará dados relativos à caracterização sociodemográfica, levantamento de informações acadêmicas, avaliação de saúde mental e avaliação de comportamento suicida pela escala de Ideação suicida de Beck (BSI).
Na pesquisa original foram incluídos estudantes maiores de 18 anos, ambos os sexos, matriculados nos cursos técnico, superior, licenciatura ou bacharelado, modalidade presencial,ofertados pelo campus Recife/IFPE, que estivessem em sala de aula no momento da aplicação do instrumento de coleta de dados e excluídos aqueles que autorrelatassem problemas mentais que

os impossibilite de responder os instrumentos, e/ou aqueles que, após 15 minutos de início da coleta de dados, responderem o instrumento com auxílio de terceiros e/ou não preencherem o instrumento em sua totalidade."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar os fatores associados ao comportamento suicida em estudantes.

Objetivos Específicos:

1. Verificar a prevalência de ideação suicida em estudantes;
2. Identificar a prevalência de tentativa de suicídio em estudantes;
3. Investigar a presença de adoecimento mental em estudantes;
4. Verificar a associação do comportamento suicida com variáveis econômicas, sociodemográficas, acadêmicas e de adoecimento mental em estudantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

riscos e benefícios foram delineados no projeto.

"Pode haver risco de extravio dos dados e vazamento de informações. No entanto, para minimizar tal risco, os dados serão armazenados em computador pessoal protegido com senha.

Os benefícios diretos desse estudo incluem a identificação dos estudantes com sinais de ideações suicidas, possibilitando atuação precoce, além de conhecer o perfil desses estudantes e o reconhecimento dos fatores relacionados.

Como benefícios indiretos, destaca-se que os resultados do estudo podem favorecer a adoção de estratégias de intervenções para prevenção do comportamento suicida, além de sensibilizar a comunidade acadêmica e despertar a inclusão de inciativas que visem à promoção da saúde mental dos estudantes.

Caso seja identificado scores altos de comportamento suicida, será acionado o serviço de psicologia do campus de coleta de dados para o devido acompanhamento. Inclusive, possuir um serviço de psicologia no local de coleta foi um critério de inclusão na escolha do campus."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante que pode ajudar no melhor conhecimento, abordagem e adoção de estratégias para identificação de comportamentos suicidas e prevenção do suicídio. O projeto atende aos preceitos éticos da pesquisa realizada com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

1. FOLHA DE ROSTO – anexada.
2. CARTAS DE ANUÊNCIA – não aplicável
3. TCLE maiores de 18 anos – não aplicável por se tratar de projeto que utilizará banco de dados disponibilizados por coordenador de outro projeto com aprovação de comitê de ética;
4. CURRÍCULO LATTES da pesquisadora – anexado.
5. CURRÍCULO LATTES da orientadora e coorientadora – anexados.
6. PROJETO DETALHADO (conforme as normas da ABNT) – anexado
7. PDF DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO – anexado.
8. TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE – anexado.
9. DECLARAÇÃO DE VÍNCULO – anexado.
10. DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS – anexada.
11. INSTRUMENTO de coleta de dados – anexado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a

pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1526988.pdf	19/05/2020 13:12:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoComAlteracoes.docx	19/05/2020 11:31:07	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Outros	DeclaracaoUsoDados.pdf	19/05/2020 11:29:42	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Outros	CartaDeRespostaAsPendencias.docx	19/05/2020 11:27:39	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	19/05/2020 11:18:44	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Outros	InstrumentoColetaPesquisaOriginal.pdf	10/05/2020 18:40:27	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.docx	15/04/2020 21:26:14	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Outros	Declaracaodevinculo.pdf	15/04/2020 21:23:58	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Outros	CurriculoLattes3.pdf	15/04/2020 21:22:39	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Outros	CurriculoLattes2.pdf	15/04/2020 21:21:57	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Outros	CurriculoLattes1.pdf	15/04/2020 21:20:24	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	15/04/2020 20:59:06	MARÍLIA DE OLIVEIRA CRISPIM	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 21 de Maio de 2020

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Anexo C - Instrumento de coleta de dados

Padrão de consumo de drogas e avaliação da saúde mental de estudantes do Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa sobre hábitos de vida, saúde mental e uso de álcool, tabaco e outras drogas.
Os dados deste estudo auxiliarão o IFPE a planejar ações para melhoraria da qualidade de vida e da saúde mental de seus estudantes.

Sua participação é muito importante para nós!

Pedimos que leia atentamente as instruções de preenchimento dos instrumentos:

1. Todas as respostas são **CONFIDENCIAIS** e o preenchimento é individual.
2. A sua sinceridade nas respostas é muito importante, assim como o preenchimento de todas as questões. Porém, se não souber responder uma questão, ou não se sentir à vontade em respondê-la, deixe-a em branco.
3. Para responder a questão assinale com um **X** apenas uma alternativa, a não ser que esteja indicado que **"É possível assinalar mais de uma alternativa"** ou **"Marque todas as alternativas que se aplicam"**, podendo, assim, assinalar com X quantas alternativas forem necessárias.
4. Todos os campos a serem preenchidos estão marcados na cor **CINZA.**
5. Caso precise mudar a sua resposta, apague ou rasure completamente a resposta anterior e sinalizar, de forma clara, a resposta correta.
6. O tempo de preenchimento é de aproximadamente 60 minutos.
7. Ao finalizar o preenchimento, deposite o questionário no envelope que se encontra no local que foi indicado pelo auxiliar de pesquisa.
8. Sua contribuição é muito importante para esta pesquisa e nos auxiliará a compreender a sua realidade como estudante do IFPE com relação à sua saúde mental, qualidade de vida e uso de drogas.

Em caso de dúvidas, por gentileza, consulte nosso auxiliar de pesquisa.

SEÇÃO 1: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Q1. Qual é sua idade? (Insira um número em cada quadrado): | | |

Q2A. Marque sua identidade de gênero: **(Marque apenas uma resposta)**

1	Mulher Cis (se identifica com o sexo de nascimento)
2	Homem Cis (se identifica com o sexo de nascimento)
3	Mulher Trans
4	Homem Trans
5	Não binário
6	Outro (especifique):
7	Prefiro não responder

Q2B. Qual sua orientação sexual? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Heterossexual
2	Homossexual
3	Bissexual
4	Pansexual
5	Outro (especifique):
6	Prefiro não responder

Q2C. Você possui nome social relativo à identidade de gênero?

1	Sim
2	Não

Nome social: designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida.

Q3A. Qual é sua religião? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Não tenho religião
2	Católica
3	Espírita
4	Umbanda/Candomblé
5	Judaica
6	Evangélica/Protestante
7	Budismo/Oriental
8	Santo Daime/União do Vegetal
9	Outro (Especifique):

Q3B. Você pratica sua religião? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim, apenas em eventos especiais
2	Sim, mais de uma vez por mês
3	Sim, 1 vez por mês
4	Não

Q4. Selecione para cada alternativa a quantidade de itens relacionados que você possui em sua residência: **(Marque apenas uma resposta para cada item)**

Itens de conforto	**Quantidade de itens**				
	0	**1**	**2**	**3**	**4 ou mais**
Quantidade de banheiros					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente de uso pessoal. Não deve ser considerado veículo utilizado para fins profissionais E pessoais, por exe: Ubber, táxi.					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lava louça					
Quantidade de geladeira					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de máquina de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de DVD/ Blu-ray, exceto de automóvel					
Quantidade de Micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de secadora de roupa (lava e seca)					

Q5A. A água utilizada na sua casa é proveniente de? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Rede geral de distribuição (Ex: COMPESA)
2	Poço ou nascente
3	Outro (especifique):

Q5B. Sua rua é: **(Marque apenas uma resposta)**

1	Asfaltada/pavimentada
2	Terra/Cascalho/Barro
3	Matagal

Q6. Qual é o grau de instrução do responsável pelo sustento da sua família:
(Marque apenas uma resposta)

1	Analfabeto / Fundamental I Incompleto (antigo primário)
2	Fundamental I completo (antigo primário)/ Fundamental II incompleto (antigo ginásio)
3	Fundamental II completo (antigo ginásio)/ Médio incompleto (antigo científico)
4	Médio completo (antigo científico)/ Superior incompleto
5	Superior completo
6	Não sabe

Q7. Qual sua cor ou raça/etnia? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Cor Branca
2	Cor Preta
3	Cor Parda
4	Cor Amarela
5	Raça/etnia indígena

Q8. Qual é seu estado civil? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Solteiro (a)
2	Casado (a) / "Vive junto"
3	Separado (a) / Divorciado (a)
4	Viúvo (a)
5	Outro (especifique)

Q9A. Você tem filhos? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q10A)**

Q9B. Se sim, quantos filhos? _____

Q10A. Atualmente você mora com? **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Pai e mãe
2	Mãe
3	Pai
4	Cônjuge / Companheiro / Namorado (a)
5	Filhos
6	Outros familiares
7	Amigos
8	República estudantil
9	Moradia estudantil oficial oferecida pela Instituição de Ensino Superior (IES)
10	Sozinho
11	Mora com alguém que usa drogas?
12	Outro Especifique: .

Q10B: Você mora com pessoa(s) que faz(em) uso de álcool, tabaco e outras drogas? **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Sim, que usam álcool
2	Sim, que usam tabaco
3	Sim, que usam outras drogas (ex. maconha, cocaína, crack, loló
4	Não

Q11. Você exerceu algum tipo de atividade remunerada (considere também bolsa de iniciação científica, de monitoria, de extensão e/ou estágio extracurricular remunerado) por um período maior que um mês e nos últimos seis meses?
(Marque apenas uma resposta)

1	Sim, até 20h semanais
2	Sim, até 40h semanais
3	Não

Q12. Qual é aproximadamente sua renda familiar (considere os membros da família que moram com você e contribuem com a renda da família): **Insira no espaço abaixo valor em reais (R$) ou número de salários mínimos. Pode ser valor aproximado.**
R$ _____ **ou** Número de salários mínimos: _____

Q13. Você ou sua família são beneficiários de algum programa social do governo? Se sim, qual?

1	Sim. Especifique: .
2	Não

Q14. Você tem carteira de habilitação? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim, tipo A (ex: moto)
2	Sim, tipo B (ex: carro)
3	Sim, tipo AB
4	Não

SEÇÃO 2: INFORMAÇÕES ACADÊMICAS

Q15. Qual ano (ou semestre) que você está cursando: **(Marque apenas uma resposta)**

1	1° ano (1°/2° semestre)
2	2° ano (3°/4° semestre)
3	3° ano (5°/6° semestre)
4	4° ano (7°/8° semestre)
5	5° ano (9°/10° semestre)
6	6° ano (11°/12° semestre)
7	Outro Especifique: .

Q16. Quantos anos de duração tem o seu curso? _____

Q17. Em qual ano você entrou no IFPE? **(Insira um número em cada quadrado).**

Exemplo: se você ingressou no IFPE em 2015, escreva 2 0 1 5

Q18. Em qual período você estuda? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Manhã
2	Tarde
3	Noite
4	Integral

Q19A. Você é beneficiário(a) de algum Programa da Assistência Estudantil no IFPE? (Ex: Bolsa Permanência ou outro tipo de Bolsa).

1	Sim. Especifique: .
2	Não

Q20A. Você tem alguma dificuldade de aprendizagem?

1	Sim, com diagnóstico médico. Especifique:_____
2	Sim, mas sem diagnóstico médico
3	Não **(Vá para a questão Q21)**

Q20B. Se você tem alguma dificuldade de aprendizagem, por favor descreva a sua dificuldade:_____
_____

Q21. Quais espaços além da sala de aula você costuma frequentar no IFPE? (Você pode assinalar mais de uma alternativa, porém, faça-o apenas para os locais que visita com maior frequência). **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Centro Acadêmico (CA)/ Diretório Acadêmico (DA)/ Grêmio
2	Espaços para esportes (atletismo, dentre outros), academia de ginástica, associações poliesportivas dentro do IFPE ou locais semelhantes
3	Biblioteca
4	Lanchonete
5	Parques, praças e áreas verdes
6	Outros Especifique: .

Q22. Geralmente o que você faz quando falta às aulas? (Você pode assinalar mais de uma alternativa, porém, faça-o apenas para os locais que visita com maior frequência). **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Não falto às aulas
2	Só falto quando estou doente
3	Quando falto, costumo estudar nas dependências do IFPE
4	Vou ao cinema, clube, praia ou outra atividade de lazer
5	Estudo ou faço tarefas (do curso) em casa
6	Passo o tempo com amigos (as)/ Namorado (a)
7	Trabalho
8	Faço estágio extracurricular, iniciação científica, extensão, monitoria
9	Durmo/descanso
10	Fico no Diretório Acadêmico (DA)/ Centro Acadêmico (CA)
11	Pratico atividades físicas, academia de ginástica, associações poliesportivas dentro do IFPE onde estudo ou atividades semelhantes
12	Fico bebendo
13	Fico usando outras drogas
14	Não faço nada
15	Cuido dos meus filhos/familiares
16	Realizo atividades domésticas
17	Outras atividades. Qual(is)? .

SEÇÃO 3 – ATIVIDADES GERAIS

Q23A. Você pratica esportes ou realiza atividades físicas?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q24)**

Q23B. Se você respondeu sim para a questão anterior, informe a frequência com que pratica esportes ou atividades físicas:
Informe quantas vezes por semana: _____
Informe quantas horas por semana: _____

Q23C. Se você respondeu "sim" para a questão Q23B, sobre a prática de esportes ou exercícios físicos, você considera que eles melhoram a sua qualidade de vida?

1	Sim
2	Não

Q24. Com exceção do período em que você está de férias, quais atividades você costuma participar quando está fora da sala de aula? **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Participo de organizações estudantis (Centro Acadêmico/Departamento Acadêmico/Grêmio)
2	Participo de projetos acadêmicos orientados por um ou mais professores
3	Participo de atividades físicas ou esportivas
4	Participo de competições esportivas no IFPE ou outras instituições de ensino
5	Estudo além do horário de aula
6	Assisto TV, filmes, series
7	Jogo videogame ou jogos de computador
8	Utilizo a internet para diversão (redes sociais, sites ou aplicativos de relacionamento, de bate-papo, músicas, jogos e outros tipos de entretenimento
9	Envio e recebo e-mails
10	Uso Messenger ou outros tipos de mensagens instantâneas (ex. whats app)
11	Outros hobbies (ler livro por prazer; tocar instrumentos musicais; participar de corais; desenhar; pintar; entre outras atividades artísticas)
12	Atividades da igreja/grupo religioso
13	Trabalho voluntário
14	Trabalho remunerado
15	Outras atividades: Qual?

Q25. Atualmente, de quantas **horas livres** você dispõe, por dia, durante a **semana – segunda a sexta (sem contar as horas de sono)? (Marque apenas uma resposta)**

	Nenhuma
	Até duas horas
	De 2 a 4 horas
	De 4 a 6 horas
	Mais de 8 horas

Q26. Atualmente, de quantas **horas livres** você dispõe, por dia, aos **finais de semana – sábado e domingo (sem contar as horas de sono)? (Marque apenas uma resposta)**

	De todo meu tempo
	De meio período
	De menos de 3 horas por dia
	De nenhuma hora

Q27. O que você costuma fazer em suas horas livres **(Sem contar as horas de sono)? (Marque apenas as mais frequentes)**

1	Ir à igreja
2	Viajar
3	Praticar esportes
4	Assistir televisão, filmes, series
5	Participar de atividades culturais (cinema, teatro, shows, exposições, parques, etc)
6	Sair para frequentar bares ou danceterias
7	Sair para frequentar festas (raves ou outras festas)
8	Ler livros ou revistas relacionados com sua área de estudo
9	Outros. Especifique: .

Q28. Você pratica as atividades que você assinalou acima com a frequência de que gostaria? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

SEÇÃO 4 – SATISFAÇÃO E DESEMPENHO ACADÊMICO

Q29. Você está satisfeito com a escolha do seu curso? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q30. Em relação ao seu curso: **(Marque apenas uma resposta)**

1	Nunca pensei em abandoná-lo ou trancar a matrícula
2	Já pensei em abandonar ou trancar a matrícula
3	Já tranquei a matrícula alguma vez

Q31A. No último semestre ou ano você: **(Marque apenas uma resposta)**

1	Foi aprovado em todas as disciplinas (aprovado por média)
2	Foi para a prova final, mas passou nessas matérias/disciplinas
3	Reprovou algumas disciplinas
4	Outro. Descreva: .

Q31B. Considerando as disciplinas oferecidas pelo seu curso no IFPE, quantas disciplinas você está cursando, neste período?
Nº de disciplinas: _____

Q32. No total, há quantos anos você está no IFPE? _____

SEÇÃO 5 – CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS

As próximas questões tratam do consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Mesmo que você não tenha usado algumas dessas substâncias, pedimos que leia todas as questões. Em caso de dúvida, procure nossos auxiliares de pesquisa.
Se já aconteceu, com que frequência você usou as drogas listadas a seguir?

Q33: Quanto ao álcool (bebida alcóolica):

Q33A: Você já experimentou bebida alcóolica alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q34)**

Q33B: Que idade você tinha quando experimentou bebida alcóolica **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q33C: Usou bebida alcóolica **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q33D: Sobre o uso de bebida alcóolica **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? (**Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana. Quantas doses? .

Q34. Quanto ao uso de cigarro, charuto, narguilé e similares ou derivados:

Q34A: Você já experimentou cigarro, charuto, narguilé e similares/derivados alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q35)**

Q34B: Que idade você tinha quando experimentou cigarro, charuto, narguilé e similares/derivados **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q34C: Usou cigarro, charuto, narguilé e similares/derivados **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q34D: Sobre o uso de cigarro, charuto, narguilé e similares/derivados **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? (**Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q35. Quanto ao uso de Maconha/Haxixe/Skank:

Q35A: Você já experimentou Maconha/Haxixe/Skank alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q36)**

Q35B: Que idade você tinha quando experimentou Maconha/Haxixe/Skank **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q35C: Usou Maconha/Haxixe/Skank **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q35D: Sobre o uso de Maconha/Haxixe/Skank, **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? (**Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q36. Quanto ao uso de Inalantes e Solventes (loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume) para ter "barato ou sensação de prazer":

Q36A: Você já experimentou Inalantes e Solventes (loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume) alguma vez **na sua vida?**

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q37)**

Q36B: Que idade você tinha quando experimentou Inalantes e Solventes (Loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume) **pela primeira vez?**

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q36C: Usou Inalantes e Solventes (loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume) **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q36D: Sobre o uso de Inalantes e Solventes (loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume), **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? **(Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q37. Quanto ao uso de cocaína (pó):

Q37A: Você já experimentou cocaína (pó) alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q38)**

Q37B: Que idade você tinha quando experimentou cocaína (pó) **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q37C: Usou cocaína (pó) **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q37D: Sobre o uso de cocaína, **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? **(Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q38. Quanto ao uso de crack:

Q38A: Você já experimentou crack alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q39)**

Q38B: Que idade você tinha quando experimentou crack **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q38C: Usou crack **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q38D: Você já experimentou "crack virado"?

1	Sim
2	Não

Q38E: Sobre o uso de crack, **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? (**Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q39. Quanto ao uso de Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina):

Q39A: Você já experimentou Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina) alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q40)**

Q39B: Que idade você tinha quando experimentou Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina) **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q39C: Usou Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina) **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q39D: Sobre o uso de Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina), **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? (**Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q40. Quanto ao uso de Ecstasy (MDMA):

Q40A: Você já experimentou Ecstasy (MDMA) alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q41)**

Q40B: Que idade você tinha quando experimentou Ecstasy (MDMA) **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q40C: Usou Ecstasy (MDMA) **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q40D: Sobre o uso de Ecstasy (MDMA), **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? **(Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q41. Quanto ao uso de Holoten:

Q41A: Você já experimentou Holoten alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q42)**

Q41B: Que idade você tinha quando experimentou Holoten **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q41C: Usou Holoten **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q41D: Sobre o uso de Holoten, **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? (**Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q42. Quanto ao uso de Esteróides-Anabolizantes (Deca-Durabolim®, Durateston®, Zinabol®, entre outros):

Q42A: Você já experimentou Esteróides-Anabolizantes alguma vez **na sua vida**?

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q43)**

Q42B: Que idade você tinha quando experimentou Esteróides-Anabolizantes **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q42C: Usou Esteróides-Anabolizantes **nos últimos 12 meses**?

1	Sim
2	Não

Q42D: Sobre o uso de Esteróides-Anabolizantes, **nos últimos 30 dias**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? **(Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q43. Quanto ao uso de tranquilizantes (medicação para dormir, nervosismo) e ansiolíticos (medicação para ansiedade) (Diazepan®, Diempax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®, entre outros):

Q43A: Você já experimentou tranquilizantes (medicação para dormir, nervosismo) e ansiolíticos (medicação para ansiedade) alguma vez **na sua vida**?

1	Não **(Vá para a questão Q44)**
2	Sim, com receita
3	Sim, sem receita

Q43B: Que idade você tinha quando experimentou tranquilizantes (medicação para dormir, nervosismo) e ansiolíticos (medicação para ansiedade) **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q43C: Usou tranquilizantes (medicação para dormir, nervosismo) e ansiolíticos (medicação para ansiedade) **nos últimos 12 meses**?

1	Sim, com receita
2	Sim, sem receita
3	Não

Q43D: Sobre o uso de tranquilizantes (medicação para dormir, nervosismo) e ansiolíticos (medicação para ansiedade), **nos últimos 30 dias, SEM RECEITA**, em qual categoria abaixo você se encaixa melhor? **(Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q44. Quanto ao uso de Analgésicos Opiáceos (medicação para dor) (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®):

Q44A: Você já experimentou Analgésicos Opiáceos (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®) alguma vez **na sua vida**?

1	Não **(Vá para a questão Q45)**
2	Sim, com receita
3	Sim, sem receita

Q44B: Que idade você tinha quando experimentou Analgésicos Opiáceos (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®) **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade):
3	Não lembro

Q44C: Usou Analgésicos Opiáceos (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®), **nos últimos 12 meses**?

1	Sim, com receita
2	Sim, sem receita
3	Não

Q44D: Quantas vezes você utilizou Analgésicos Opiáceos (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®) **nos últimos 30 dias, SEM RECEITA**? **(Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q45. Quanto ao uso de Anfetamínicos, também conhecidos como anorexígenos (inibidor de apetite) (Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, Sibutramina®, Fórmulas para emagrecer):

Q45A: Você já experimentou Anfetamínicos/anorexígenos (Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, Sibutramina®, Fórmulas para emagrecer) alguma vez **na sua vida**?

1	Não **(Vá para a questão Q46)**
2	Sim, com receita
3	Sim, sem receita

Q45B: Que idade você tinha quando experimentou Anfetamínicos/anorexígenos (Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, Sibutramina®, Fórmulas para emagrecer) **pela primeira vez**?

1	Nunca experimentei
2	Eu tinha (coloque ao lado sua idade): .
3	Não lembro

Q45C: Usou Anfetamínicos/anorexígenos (Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, Sibutramina®, Fórmulas para emagrecer) **nos últimos 12 meses**?

1	Sim, com receita
2	Sim, sem receita
3	Não

Q45D: Quantas vezes você utilizou Anfetamínicos/anorexígenos (Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, Sibutramina®, Fórmulas para emagrecer) **nos últimos 30 dias**? **(Marque apenas uma resposta)**

	Não usei
	1 vez por semana
	2 ou mais vezes por semana
	Diariamente
	Duas ou três vezes por dia
	Quatro ou mais vezes por dia
	Apenas nos finais de semana

Q46. Se você **NÃO usa ou NUNCA álcool, tabaco e outras drogas**, por favor marque abaixo as razões para não consumir essas substâncias:

(Marque todas as alternativas que se aplicam)

1	Não tenho/Nunca tive interesse
2	Minha família não permite
3	Para não decepcionar meus pais/responsáveis
4	Porque é ilegal e posso sofrer consequências
5	Para não perder o controle sobre o meu próprio corpo e minhas decisões
6	Minha religião/crença não permite
7	Tenho medo dos efeitos das drogas
8	Considero errado usar drogas
9	Faz mal para a saúde
10	Não preciso de drogas para sentir prazer na vida
11	Não tenho/Nunca tive curiosidade
12	Meus amigos não usam drogas
13	Meus familiares não usam drogas
14	Aprendi na escola que usar drogas faz mal
15	Pratico esportes e as drogas podem afetar meu rendimento esportivo
16	Estou estudando e as drogas podem afetar meu rendimento acadêmico
17	Não uso porque não consigo comprar/ter acesso
18	Outras razões. Especifique:_____

Q47. Durante os últimos meses, você teve problema de saúde, social, legal ou financeiro ao consumir a(s) droga(s) acima listadas e assinaladas por você? (**Marque apenas uma resposta por tipo de droga). Se você não utilizou nenhuma das drogas listadas, vá para a SEÇÃO 6 (pág. 21).**

Tipos de Drogas	Marque X
Álcool	( ) Sim ( ) Não
Cigarro, charuto, narguilé e similares/derivados	( ) Sim ( ) Não
Maconha/Haxixe/Skank	( ) Sim ( ) Não
Solvente ou inalantes (Loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume)	( ) Sim ( ) Não
Cocaína	( ) Sim ( ) Não
Crack	( ) Sim ( ) Não
Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina)	( ) Sim ( ) Não
Ecstasy	( ) Sim ( ) Não
Esteróides Anabolizantes (Deca-Durabolim®, Durateston®, Zinabol®)	( ) Sim ( ) Não
Tranquilizantes/Ansiolíticos (Diazepan®, Diempax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	( ) Sim ( ) Não
Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®,Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®)	( ) Sim ( ) Não
Anfetaminas (Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, Fórmulas para emagrecer)	( ) Sim ( ) Não

Q48. Durante os últimos meses, você deixou de fazer alguma atividade que costumava fazer, por causa do consumo da(s) droga(s) listadas? (**Marque apenas uma resposta por tipo de droga).**

Tipos de drogas	Marque X
Álcool	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Cigarro, charuto, narguilé e similares/derivados	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Maconha/Haxixe/Skank	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Solvente ou inalantes (Loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume)	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Cocaína	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Crack	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina)	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Ecstasy	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Esteróides Anabolizantes (Deca-Durabolim®, Durateston®, Zinabol®)	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Tranquilizantes/Ansiolíticos (Diazepan®, Diempax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®,Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®)	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu
Anfetaminas (Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, Fórmulas para emagrecer)	( ) Sim ( ) Não ( ) Nunca aconteceu

Q49. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de alguma das drogas listadas? **(Marque apenas uma resposta por tipo de droga).**

Tipos de drogas	Marque X
Álcool	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Cigarro, charuto, narguilé e similares/derivados	( ) Sim, nos últimos 3 meses

	( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Maconha/Haxixe/Skank	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Solvente ou inalantes (Loló, cola, tiner, benzina, esmalte, gasolina, lança-perfume)	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Cocaína	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Crack	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não

Continuação da Q49. *Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de alguma das drogas listadas?* ***(Marque apenas uma resposta por tipo de droga).***

Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mescalina)	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Ecstasy	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Esteróides Anabolizantes (Deca-Durabolim®, Durateston®, Zinabol®)	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Tranquilizantes/Ansiolíticos (Diazepan®, Diempax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Analgésicos opiáceos (Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®,Morfina, Ópio, Tylex®, Codein®)	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não
Anfetaminas (Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, Fórmulas para emagrecer)	( ) Sim, nos últimos 3 meses ( ) Sim, mas não nos últimos 3 meses ( ) Não

SEÇÃO 6 – CONSUMO DE CIGARRO, CHARUTO, NARGUILÉ E SIMILARES E DERIVADOS

Se você nunca fumou, vá para a SEÇÃO 7 (pág. 23).
Se você fuma atualmente, vá para a Q51.
Se você fumava e parou, responda a Q50 e depois vá para a SEÇÃO 7 (pág. 23).

Q50. Se você fumava e parou, há quanto tempo está sem fumar?**(Marque apenas uma resposta).**

	Até 1 semana
	Entre 1 semana e 1 mês
	Mais que 1 mês, porém menos que 1 ano
	Mais que 1 ano, porém menos que 3 anos
	Mais que 3 anos

Q51. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? **(Marque apenas uma resposta)**

	Mais de 1 hora depois
	Entre 30 minutos e 1 hora
	Menos de 30 minutos
	Minutos após despertar

Q52. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais onde o fumo é proibido?

1	Sim
2	Não

Q53. O primeiro cigarro da manhã é o que te traz mais satisfação? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q54. Quantos cigarros você fuma por dia? _____**cigarros**

Q55. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que o resto do dia? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q56. Você fuma quando está doente? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q57. Você fumava cigarro (cigarro, charuto, narguilé, similares) antes de entrar na IFPE? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q58. Desde que você ingressou no IFPE, você já tentou parar de fumar? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim, com ajuda especializada / orientação profissional
2	Sim, sem ajuda especializada / orientação profissional
3	Não tentei

Q59. Você prefere: **(Marque apenas uma resposta)**

1	Fumar sozinho
2	Fumar acompanhado/socialmente
3	Rituais religiosos
4	Outros. Especifique: .

Q60. Você costuma fumar "mais" cigarro (cigarro, charuto, narguilé e similares) em eventos sociais (ex.: Festas, encontros com amigos)? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q61: Você fuma dentro do campus do IFPE? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

SEÇÃO 7 – CONSUMO DE ÁLCOOL

Para responder as questões sobre álcool, considere que uma "dose alcoólica" equivale a 285 ml de cerveja, 120 ml de vinho ou 30 ml de destilado, conforme a figura abaixo.

Q62. Atualmente, como você se comporta em relação ao consumo de álcool? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Eu não bebo **(Vá para a questão Q75).**
2	Raramente bebo
3	Sou um bebedor moderado/ocasional (consumo até 2 doses/dia)
4	Sou bebedor pesado/problema (consumo + de 2 doses/dia)
5	Atualmente estou abstinente por já ter tido problemas em função do consumo de álcool

Q63. Nas ocasiões em que você bebe, quais os tipos de bebida que costuma consumir? **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Eu não bebo
2	Cerveja ou chopp
3	Vinho ou espumante
4	Bebidas tipo "beats" (ex. Skol beats)
5	Bebidas tipo "ice" (ex. Smirnof Ice)
6	Bebidas destiladas (uísque; gim; vodca; rum; conhaque; pinga/cachaça/aguardente; tequila ou batidas; saquê
7	Outros

Q64. Nos últimos 30 dias, quantas doses alcoólicas habitualmente você consumiu por dia (nos dias em que você bebeu)?
N° de doses por dia: _____

Q65. Nos últimos 30 dias, você consumiu 5 ou mais doses de bebida alcoólica, em uma única ocasião? **Marque a resposta na qual você se encaixa melhor.**

1	Sim - 1 vez por mês - (descreva quantas doses: _____)
2	Sim – 1 vez por semana – (descreva quantas doses: _____)
3	Sim – quase todos os dias - (descreva quantas doses: _____)
4	Não **(Vá para a Q67)**
5	Nunca fiz esse tipo de consumo **(Vá para a Q67)**

Q66. Se você respondeu **"Sim"** na pergunta anterior **(Q65)**, que tipo de bebida alcoólica você geralmente consome/consumiu nessa ocasião? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Eu não bebo dessa maneira
2	Cerveja ou chopp
3	Vinho ou espumante
4	Bebidas tipo "ice"
5	Bebidas destiladas (uísque; gim; vodca; rum; conhaque; pinga/cachaça/aguardente; tequila ou batidas; saquê)
6	Outros (descreva):

Q67. Você prefere: **(Marque apenas uma resposta)**

Beber sozinho(a)	
Beber socialmente/acompanhado	

Q68A. Você costuma beber em maior quantidade em eventos sociais, como festas, encontros com amigos? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q68B. Você costuma ir a festas do tipo "open bar"?

1	Sim, 1 vez por mês
2	Sim, duas vezes por mês
3	Sim, três vezes por mês
4	Sim, 4 ou mais vezes por mês
5	Não frequento open bar

Q69. Você costuma beber dentro do campus do IFPE? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q71. Você já bebia antes de entrar no IFPE? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q72. Dentre as alternativas mencionadas a seguir, qual a motivação que você julga como a mais importante para que você beba? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Para reduzir o estresse
2	Para me divertir com os amigos
3	Para ficar embriagado
4	Para me enquadrar ao grupo que pertenço
5	Para esquecer meus problemas
6	Para não sentir tédio
7	Para me sentir bem
8	Para aliviar a depressão
9	Para conseguir dormir
10	Para aumentar as chances de encontros sexuais
11	Para celebrar ocasiões importantes
12	Porque eu fico mais divertido bêbado
13	Porque eu gosto do sabor da bebida
14	Para relaxar
15	Porque é mais fácil para falar com as pessoas
16	Porque eu acredito que sou dependente
17	Porque todo mundo bebe
18	Outros. Especifique: .

Q73. A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que **leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas**, de acordo com as opções apresentadas.

Itens	Marque X
1. A bebida me torna mais ousado(a) corajoso(a)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
2. Por vezes, eu me sinto tão desinteressado(a) por tudo, que tenho que beber	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
3. Eu me sinto menos sozinho(a) depois de beber	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
4. Quando bebo, sinto mais disposição para ajudar as pessoas	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Continuação da Q73. *A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que* ***leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas****, de acordo com as opções apresentadas.*

5. O álcool me inspira (estimula as minhas ideias)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
6. Depois de beber, fico sexualmente mais desinibido(a) (atrevido(a))	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
7. Sinto-me com mais iniciativa e confiança quando bebo	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
8. Quando bebo, fico bem mais disposto(a)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
9. Depois de beber, o meu trabalho rende mais	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente

	( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
10. O álcool me desinibe	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
11. Quando bebo sinto-me mais confiante para expressar as minhas opiniões	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
12. O tempo custa menos a passar quando bebo	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Continuação da Q73. *A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que* ***leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas****, de acordo com as opções apresentadas.*

13. Quando bebo, deixo de ter medo das pessoas	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
14. A bebida me deixa mais à vontade	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
15. Após algumas doses de bebida sinto-me mais à vontade com pessoas que me atraem sexualmente	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
16. Tenho mais prazer sexual depois de ter bebido	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
17. Sinto mais vontade de trabalhar depois de beber	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
18. Beber me torna mais corajoso(a)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
19. Quando bebo e mais fácil dizer o que penso sem me preocupar tanto com a opinião dos outros, mesmo que discorde deles	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
20. Tudo fica mais alegre quando bebo	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Continuação da Q73. *A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que* ***leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas****, de acordo com as opções apresentadas.*

21. Falo com mais facilidade depois de beber	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
22. Quando bebo, fico mais atento	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
23. Depois de beber, gosto mais de mim	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
24. O álcool me descontrai fisicamente	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
25. Após algumas doses de bebida, faço amigos com mais facilidade	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
26. Quando bebo, sinto que os outros me dão mais atenção	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
27. Sou mais carinhoso(a) com minha (meu) companheiro (a) depois de beber	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
28. A bebida me tira as preocupações	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Continuação da Q73. *A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que* ***leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas****, de acordo com as opções apresentadas.*

29. Depois de ter bebido, converso sobre sexo com mais facilidade	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
30. O álcool me faz esquecer os desgostos	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
31. O álcool me deixa mais tolerante com relação às pessoas de quem não gosto	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
32. Tudo me parece mais fácil quando bebo	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
33. Sinto menos a monotonia da vida quando bebo	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
34. A bebida me torna mais humano(a)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
35. Em termos de sexo, sinto-me mais atraente depois de beber	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
36. Quando estou só, uma bebida é uma boa companhia	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Continuação da Q73. *A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que* ***leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas****, de acordo com as opções apresentadas.*

37. Quando bebo, aprecio melhor as coisas boas da vida	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
38.Depois de beber, faço confidencias com mais facilidade	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
39. Beber diminui meus sentimentos de inferioridade e de incapacidade	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
40. A bebida me torna mais humano(a)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
41. Eu me sinto mais eu depois de beber	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
42. Quando bebo, fico menos nervoso(a)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
43. Eu me sinto mais senhor(a) de mim quando bebo	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
44. O álcool me deixa mais alegre e simpático(a)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Continuação da Q73. *A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que* ***leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas****, de acordo com as opções apresentadas.*

45. O álcool me tira os "medos"	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
46. Se eu não bebo, não consigo me sentir descontraído em situações sociais	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
47. Para mim, e fácil ter "aventuras sexuais" após ter bebido	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
48. O álcool ajuda a me sentir menos nervoso(a) quando estou conversando num grupo de pessoas que mal conheço	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
49. O álcool favorece a intimidade	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
50. Para mim, o álcool torna mais fácil a comunicação com os outros	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
51. Quando bebo, confio mais nos outros	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
52. Quando bebo expresso com mais facilidade meus sentimentos	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Continuação da Q73. *A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que* ***leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas****, de acordo com as opções apresentadas.*

53. Um copo de bebida me ajuda quando tenho de fazer muitas coisas ao mesmo tempo	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
54. O álcool me faz esquecer os problemas da vida	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
55. Se eu bebo, sou mais bem aceito(a) num grupo de amigos(as)	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
56. Depois de beber, fico mais otimista	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
57. Eu me sinto menos tímido(a) após ter bebido	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
58. O meu desejo sexual aumenta depois de beber	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
59. Após algumas doses de bebida, converso com mais facilidade com pessoas do outro sexo/gênero	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo
60. Quando bebo fico mais divertido(a) e faço as pessoas rirem	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Continuação da Q73. *A seguir temos alguns questionamentos referentes ao que você sente e pensa quanto você ingere a bebida alcoólica. Pedimos que* ***leia com atenção cada afirmativa e marque uma resposta para cada uma delas****, de acordo com as opções apresentadas.*

61. Quando bebo, preocupo-me menos com o que os outros pensam a meu respeito	( ) Não concordo ( ) Concordo pouco ( ) Concordo moderadamente ( ) Concordo muito ( ) Concordo muitíssimo

Q74. Acontecem coisas diferentes às pessoas, quando estão bebendo, ou como resultado dos seus hábitos no uso de álcool. Algumas destas coisas estão listadas. Por favor, indique quantas vezes cada coisa aconteceu nos últimos 30 dias, enquanto você bebia, ou como resultado do seu uso de álcool. **(Marque apenas uma resposta para cada situação).**

Situações que podem ocorrer durante o uso de bebida alcoólica	**Frequência de ocorrência nos últimos 30 dias**				
	0	**1 vez**	**2 vezes**	**3 vezes**	**4 vezes**
1. Foi incapaz de fazer uma tarefa ou estudar para uma prova					
2. Brigou, agiu mal ou fez coisas erradas					
3. Perdeu bens por gastar muito com álcool					
4. Foi para o IFPE alto(a) ou bêbado (a)					
5. Causou vergonha ou constrangimento a alguém					
6. Não cumpriu suas responsabilidades					
7. Algum parente o (a) evitou					
8. Sentiu que precisava de mais álcool do que está acostumado (a) para sentir o mesmo efeito de antes					
9. Tentou controlar a bebida, tentando beber em algumas horas do dia e em alguns lugares					
10. Teve sintomas de abstinência, ou seja, sentiu-se mal por ter parado de beber					
11. Notou mudança na sua personalidade					
12. Percebeu que tinha problema com a escola					
13. Perdeu um dia (ou meio) da escola ou emprego					
14. Tentou diminuir ou para de beber					
15. De repente estava num lugar que não se lembrava de ter estado					
16. Perdeu a consciência ou desmaiou					
17. Brigou ou discutiu com os amigos (as)					
18. Brigou ou discutiu com alguém da família					
19. Continuou a beber quando havia prometido a si mesmo que não faria mais					
20. Sentiu que estava ficando louco (a)					
21. Não conseguiu se divertir					

Continuação da Q74. *Acontecem coisas diferentes às pessoas, quando estão bebendo, ou como resultado dos seus hábitos no uso de álcool. Algumas destas coisas estão listadas. Por favor, indique quantas vezes cada coisa aconteceu nos últimos 30 dias, enquanto você bebia, ou como resultado do seu uso de álcool.* ***(Marque apenas uma resposta para cada situação).***

Situações que podem ocorrer durante o uso de bebida alcoólica	**Frequência de ocorrência nos últimos 30 dias**				
	0	**1 vez**	**2 vezes**	**3 vezes**	**4 vezes**
22. Sentiu-se psicologicamente e fisicamente dependente					
23. Algum amigo (a) ou vizinho (a) disse para você diminuir ou parar de beber					

Q75. Nos últimos 12 meses, você: **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Dirigiu sobe efeito de álcool
2	Dirigiu após ter ingerido quantidade superior a 5 doses alcoólicas (para homens) ou quantidade superior a 4 doses alcoólicas (para mulheres) dentro de um período de 2 horas
3	Pegou carona com motorista alcoolizado
4	Se envolveu (no caso de ser motorista) ou foi envolvido (no caso de ser passageiro) em acidentes de trânsito em que ninguém se machucou
5	Se envolveu (no caso de ser motorista) ou foi envolvido (no caso de ser passageiro) em acidentes de trânsito em que alguém se machucou
6	Foi multado e/ou perdeu a carteira e/ou teve o carro apreendido pela polícia por estar dirigindo embriagado
7	Foi o motorista da vez (aquele que deu carona porque não bebeu)
8	Pegou carona com um motorista da vez (aquele que deu carona porque não bebeu)
9	Nenhuma das alternativas

SEÇÃO 8 - DETALHAMENTO DO CONSUMO DE OUTRAS DROGAS

Q76. Alguma vez você tomou benzodiazepínicos (tranquilizantes) ou sedativos por indicação médica? (**Marque apenas uma resposta)**

1	Não
2	Sim, mas por menos que 3 semanas
3	Sim, durante 3 semanas ou mais

Q77. Alguma vez você tomou anfetaminas/anorexígenos (medicamentos para controle do apetite ou peso – não vale adoçante, nem chás e nem sibutramina) por indicação médica? (**Marque apenas uma resposta)**

1	Não
2	Sim, mas por menos que 3 semanas
3	Sim, durante 3 semanas ou mais

Q78. Alguma vez você tomou metilfenidato (Concerta®, Ritalina®) por indicação médica? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Não
2	Sim, mas por menos que 3 semanas
3	Sim, durante 3 semanas ou mais

Q79. Você fez ou faz uso de bebidas alcoólicas e outras drogas simultaneamente (em uma mesma sessão de consumo)? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não **(Vá para a questão Q81)**

Q80. Se você respondeu sim na questão 79, marque abaixo a combinação**? (Marque todas as alternativas que se aplicam).**

1	Álcool e cigarro
2	Álcool e bebidas energéticas
3	Álcool e maconha/ haxixe/ Skank
4	Álcool e cocaína
5	Álcool e crack
6	Álcool e tranquilizantes/ ansiolíticos
7	Álcool e anfetamínicos
8	Álcool e antidepressivos
9	Álcool e ectasy
10	Álcool e cigarro, charuto, narguilé, similares e maconha (capeta)
11	Álcool e Crack e maconha (mesclado)

Q81. Nos últimos 12 meses, você assumiu algum dos comportamentos descritos a seguir? **(Marque todas as alternativas que se aplicam).**

1	Portou arma de fogo (desconsidere a alternativa se isso faz parte de seu trabalho)
2	Portou faca, canivete ou porrete (desconsidere a alternativa se isso faz parte de seu trabalho)
3	Andou de bicicleta sem capacete
4	Dirigiu motocicleta sem capacete
5	Dirigiu automóvel sem cinto de segurança
6	Dirigiu em velocidade superior à permitida
7	Foi advertido ou multado no trânsito (por qualquer motivo)
8	Teve discussões ou brigas de trânsito Polly
9	Teve problemas no trânsito
10	Se envolveu em brigas ou situações de violência de modo geral
11	Fez sexo sem proteção
12	Fez sexo sem proteção e precisou utilizar a pílula do dia seguinte
13	Nenhuma das alternativas

Q82. Qual o principal motivo que o levou a fazer uso de drogas (exceto álcool, cigarro, charuto e similares) pela primeira vez? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Nunca experimentei drogas (exceto álcool, cigarro, charuto e similares) **(Vá para a questão Q87)**
2	Não sei
3	Prática religiosa
4	Para me relacionar melhor com outras pessoas
5	Diversão ou prazer
6	Porque meus amigos / namorado(a) usam
7	Para aumentar meu desejo
8	Por curiosidade
9	Alívio da tensão psicológica
10	Alívio do cansaço, frio, dor e fome
11	Aumentar o desempenho nos estudos
12	Outro motivo: Qual?

Q83. Sobre o uso de maconha, você prefere: **(Marque apenas uma resposta)**

1	Fumar maconha sozinho
2	Fumar maconha socialmente
3	Não uso maconha **(Vá para a questão Q87)**

Q84. Você costuma fuma maconha com maior frequência em eventos sociais “fora” ou “dentro” do campus do IFPE? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Dentro do campus
2	Fora do campus

3	Não há diferença na frequência que fumo maconha em eventos dentro e fora do IFPE

Q85. Quantos cigarros "baseados ou fininhos" de maconha você fuma por dia? **(Marque apenas uma resposta)**

	1 cigarro
	2 a 5 cigarros
	6 a 10 cigarros
	Mais de 10 cigarros

Q86. Você fumava maconha antes de entrar no IFPE?

1	Sim
2	Não

SEÇÃO 9 – SEXUALIDADE/ATIVIDADE SEXUAL

Q87. Qual a sua idade quando teve relação sexual pela primeira vez?

1	Nunca tive relação sexual **(Vá para a Seção 10 – pág. 38)**
2	Informe a idade: .

Q88. Nos últimos 30 dias, com quantas pessoas você teve relações sexuais?
(Marque apenas uma resposta)

	Com ninguém
	Com 1 pessoa
	Com 2 pessoas
	Com 3 pessoas ou mais

Q89. Você já fez exame de sangue para vírus da AIDS/HIV?

1	Sim
2	Não
3	Não lembro

Q90. Na sua vida, alguma vez você já foi contaminado com alguma Infeção Sexualmente Transmissível (IST) (ex: Hepatite B ou C; Sífilis; Gonorréia; Cancro (verrugas genitais); Papiloma vírus (HPV); Herpes genital, entre outros)?

1	Sim
2	Não

Q91. Qual é o método anticoncepcional que você geralmente usa nas suas relações sexuais? **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Coito interrompido
2	Camisinha
3	Pílulas anticoncepcionais
4	Espermicida
5	Diafragma
6	Tabelinha
7	Pílula do dia seguinte
8	Nunca tive relações sexuais
9	Não utilizei nenhum método anticoncepcional

Q92. Alguma vez você já praticou aborto ou pediu para que sua parceira fizesse? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Sim
2	Não

Q93. Na última vez em que teve relação sexual, qual o método anticoncepcional que você ou seu parceiro utilizaram? **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Coito interrompido
2	Pílulas anticoncepcionais
3	Espermicida
4	Camisinha
5	Outro método
6	Não tenho certeza
7	Não utilizei nenhuma método anticoncepcional

SEÇÃO 10 – VIOLÊNCIA

Q94A. Durante sua vida, você (estuprou) forçou alguém a ter relações sexuais com você? **(Marque apenas uma resposta)**

1	Não
2	Sim, estava sob efeito de drogas
3	Sim, mas **NÃO** estava sob efeito de drogas

Q95B. Durante sua vida, você foi forçado (a) a ter relações sexuais (estupro)?
(Marque apenas uma resposta)

1	Não **(Vá para a questão Q96A)**
2	Sim, estava sob efeito de drogas
3	Sim, mas **NÃO** estava sob efeito de drogas

Q95C. Se você foi forçado (a) a ter relações sexuais com alguém (estupro), quantos anos você tinha quando isso aconteceu a primeira vez?_____ anos

Q95D. Quem forçou você a ter relações sexuais: **(Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Cônjuge, companheiro, namorado (atual ou ex)
2	Pai ou mãe
3	Padrasto ou madrasta
4	Filhos
5	Irmãos
6	Outro familiar
7	Conhecido/conhecida da família
8	Amigo ou colega
9	Alguém na escola e/ou na creche:

10	Estranhos
11	Alguém onde estudo atualmente
12	Outros. Especifique: .
13	Prefiro não responder

Q96A. Alguém já te feriu com uma faca, estilete, caco de vidro, revólver ou outro objeto? (**Marque todas as alternativas que se aplicam)**

1	Não **(Vá para a questão Q97)**
2	Sim, com faca ou outro objeto perfuro-cortante
3	Sim, com revólver ou outra arma de fogo
4	Sim, com outros objetos que causaram ferimentos

Q96B. A agressão que você sofreu com uma faca, estilete, caco de vidro, revólver ou outro objeto teve relação com uso de drogas?

1	Sim
2	Não

SEÇÃO 11 – SAÚDE MENTAL

Q97. As questões seguintes referem-se a como você tem se sentido nos últimos 30 dias. Para cada questão, por favor **marque com um "X"** no espaço em branco o que melhor descreve com que frequência você se sentiu assim, **nos últimos 30 dias.**

1.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu cansado sem nenhuma razão aparente?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias
2.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias
3.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso ao ponto de nada o conseguir acalmar?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias
4.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu sem esperança?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias
5.Durante os últimos 30 dias com que frequência se sentiu irrequieto ou agitado?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias
6.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu irrequieto ao ponto de não conseguir parar quieto?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias
7.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu deprimido?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias

Continuação da Q97. *As questões seguintes referem-se a como você tem se sentido nos últimos 30 dias. Para cada questão, por favor* ***marque com um "X"*** *no espaço em branco o que melhor descreve com que frequência você se sentiu assim,* ***nos últimos 30 dias.***

8.Durante os últimos 30 dias, com que frequência sentiu que tudo era um esforço?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias
9.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu tão triste que nada o conseguiu animar?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias
10.Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu inútil?	( ) Nenhum dia ( ) Poucos dias ( ) Alguns dias ( ) A maior parte dos dias ( ) Todos os dias

Q98. As questões abaixo estão relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado no último mês. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você ou se você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

1. Você tem dores de cabeça com frequência?	( ) Sim ( ) Não
2. Tem falta de apetite?	( ) Sim ( ) Não
3. Você dorme mal?	( ) Sim ( ) Não
4. Você fica com medo com facilidade?	( ) Sim ( ) Não
5. Suas mãos tremem?	( ) Sim ( ) Não
6. Você se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	( ) Sim ( ) Não
7. Sua digestão não é boa, ou sofre de perturbação digestiva?	( ) Sim ( ) Não
8. Você não consegue pensar com clareza?	( ) Sim ( ) Não
9. Você é ou se sente infeliz?	( ) Sim ( ) Não
10. Você chora mais que o comum?	( ) Sim ( ) Não
11. Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?	( ) Sim ( ) Não
12. Acha difícil tomar decisões?	( ) Sim ( ) Não
13 Trabalhar ou estudar é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho/estudar?	( ) Sim ( ) Não
14 Você não é capaz de ter um papel útil na vida?	( ) Sim ( ) Não
15. Você perdeu o interesse nas coisas?	( ) Sim ( ) Não
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?	( ) Sim ( ) Não
17. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?	( ) Sim ( ) Não
18. Você se sente cansado(a) todo o tempo?	( ) Sim ( ) Não
19. Você tem sensações desagradáveis no estômago?	( ) Sim ( ) Não
20. Fica cansado(a) com facilidade?	( ) Sim ( ) Não

Q99. Responda as perguntas abaixo, em relação a como você se sentiu a maior parte do tempo, nos últimos 30 dias. **(Marque apenas uma resposta por pergunta)**

1. Sente que tem alguém que de alguma maneira quer lhe fazer mal?	( ) Sim ( ) Não
2. Você é alguém muito mais importante do que a maioria das pessoas pensam?	( ) Sim ( ) Não
3. Tem notado alguma interferência ou outro problema estranho com seu pensamento?	( ) Sim ( ) Não
4. Ouve vozes que não sabe de onde vêm, ou que outras pessoas não podem ouvir?	( ) Sim ( ) Não

Q100. Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Marque a afirmação (0, 1 ou 2) que **MELHOR descreve como você tem se sentido NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO O DIA DE HOJE,** em cada grupo de afirmações**.** Pedimos que leia com cuidado todas as afirmações em cada grupo antes de fazer sua escolha.

Grupo 1	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.
Grupo 2	0	Não tenho desejo de morrer.
	1	Tenho um desejo fraco de morrer.
	2	Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.
Grupo 3	0	Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.
	1	Minhas razões para viver ou para morrer são aproximadamente iguais.
	2	Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.
Grupo 4	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.
Grupo 5	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.
Se você assinalou "0" nos grupos 4 **e** 5, **vá para o grupo 20**. Se você assinalou "1" ou "2" no grupo 4 **ou** 5, **prossiga respondendo o grupo 6**.		
Grupo 6	0	Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente.
	1	Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo.
	2	Tenho longos períodos com ideias de me matar.
Grupo 7	0	Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.
	1	Tenho ideias frequentes de me matar.
	2	Penso frequentemente em me matar.
Grupo 8	0	Não aceito a ideia de me matar.
	1	Não aceito nem rejeito a ideia de me matar.
	2	Aceito a ideia de me matar.

Continuação da Q100. *Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Marque a afirmação (0, 1 ou 2) que* ***MELHOR descreve como você tem se sentido NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO O DIA DE HOJE,*** *em cada grupo de afirmações. Pedimos que leia com cuidado todas as afirmações em cada grupo antes de fazer sua escolha.*

Grupo 9	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.
Grupo 10	0	Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida.
	1	Eu estou um tanto 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.
	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.
Grupo 11	0	Minhas razões para querer cometer 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 suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.
	2	Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.
Grupo 12	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.
Grupo 13	0	Não tenho acesso a um método ou a 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.
Grupo 14	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.
Grupo 15	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.
Grupo 16	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.

Continuação da Q100. *Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Marque a afirmação (0, 1 ou 2) que* ***MELHOR descreve como você tem se sentido NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO O DIA DE HOJE,*** *em cada grupo de afirmações. Pedimos que leia com cuidado todas as afirmações em cada grupo antes de fazer sua escolha.*

Grupo 17	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.
Grupo 18	0	Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
	1	Tenho pensado em tomar 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.
Grupo 19	0	Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
	1	Tenho evitado contar às pessoas o meu desejo de me matar.
	2	Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.
Grupo 20	0	Nunca tentei suicídio.
	1	Tentei suicídio uma vez.
	2	Tentei suicídio duas ou mais vezes.
Se você assinalou "1" ou "2" **(já tentou suicídio anteriormente)**, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.		
Grupo 21	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.