



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELAINE RAMOS DE MORAES REGO

CONSUMO EXCESSIVO DE BEBIDA ALCOÓLICA E SUICÍDIO

BRASÍLIA, DF

2022

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ELAINE RAMOS DE MORAES REGO

CONSUMO EXCESSIVO DE BEBIDA ALCOÓLICA E SUICÍDIO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva

Coorientadora: Dra. Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo

BRASÍLIA, DF

2022

ELAINE RAMOS DE MORAES REGO

CONSUMO EXCESSIVO DE BEBIDA ALCOÓLICA E SUICÍDIO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 07/12/2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva (presidente)

Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr. Éverton Luís Pereira

Universidade de Brasília - UnB

Profa. Dra. Simone Seixas da Cruz

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Profa. Dra. Suely Sales Guimarães (Suplente)

Universidade de Brasília - UnB

Dedico este trabalho aos meus pais e esposo, que me impulsionaram e deram suporte em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde e determinação para superar as adversidades e por sempre me amparar nos momentos difíceis. À Polícia Civil do Distrito Federal, instituição que viabilizou acesso aos seus sistemas de informação, peculiarmente ao perito Juliano de Andrade Gomes, que possibilitou essa parceria.

À Gerência de Informação e Análise da Situação de Saúde (GIASS), instituição que me permitiu aprender e desenvolver conhecimentos, mediante o desempenho diário das atividades, em especial à minha gestora Rosangela Silva, que tornou possível a realização deste estudo.

À minha orientadora, professora Dayde Lane, por ter compartilhado de tamanha sabedoria e conhecimento, que possibilitou o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha coorientadora, Ana Cláudia, que sempre esteve presente e proporcionou todo suporte necessário ao desenvolvimento deste estudo, sem o qual não seria possível.

Aos meus pais, Alice e Vanderlei, e irmãos, Priscila e Arthur, pelo amor e incentivos diários.

Agradeço, especialmente, a meu esposo, Roberto, que vivenciou comigo todos os contratempos e sempre me apoiou, incentivou e não me deixou desistir nos momentos mais difíceis.

Aos meus companheiros de jornada, Delmason, Ana Cláudia, Ana Cristina, Luciane e demais colegas da gerência que tanto me auxiliaram e apoiaram em momentos de dificuldade, mas também compartilharam as alegrias e conquistas comigo.

A todos, deixo registrado os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Introdução: O suicídio representa um importante problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo, assim como o consumo desmedido de bebidas alcoólicas. A identificação dos fatores de risco envolvidos nesse contexto é de grande relevância para adoção de medidas que reduzam a probabilidade de suicídio. Todavia, poucos estudos refletem essa associação.

Objetivo: Analisar os fatores associados ao consumo abusivo de bebida alcoólica em óbitos por suicídio.

Métodos: Foram conduzidos dois delineamentos, uma revisão sistemática de artigos globais, que retratam o consumo de bebida alcoólica em adultos vítimas de suicídio. E o outro é um estudo transversal com óbitos por suicídio no Distrito Federal - Brasil entre 2009 e 2019. Foram coletadas informações sobre uso de substâncias, dados de necropsias e características sociodemográficas das vítimas.

Resultados: Na revisão sistemática, foram encontrados 5938 estudos, publicadas entre 1992 e 2021, majoritariamente do continente europeu. Apenas 25 pesquisas forneceram informações suficientes para compor as metanálises. Pessoas que fazem uso abusivo de bebida alcoólica tem 2,34 vezes (IC 95%: 2,25–2,43) maior chance de sofrer suicídio quando comparadas as pessoas que não consomem a substância. E no estudo transversal, foram coletados dados relativos a 1181 suicídios. Ser do sexo masculino, ter a cor preta e parda e ter um emprego foram os fatores de forte associação com a concentração mais elevada de etanol no sangue das vítimas ($\geq 2.51\text{g/L}$). Outros fatores mostraram associação um pouco menor (OR < 3.72): ser solteiro ou separado ou viúvo, ter cocaína identificada no exame toxicológico, ter escolaridade superior a 8 anos de estudos e a presença de maconha no toxicológico.

Descritores: Epidemiologia; Mortalidade; Suicídio; Consumo de álcool;

ABSTRACT

Introduction: Suicide represents an important public health problem in Brazil and around the world, as well as the excessive consumption of alcoholic beverages. The identification of the risk factors involved in this context is of great relevance for the adoption of measures that reduce the probability of suicide. However, few studies reflect this association.

Objective: To analyze the factors associated with abusive consumption of alcoholic beverages in deaths by suicide.

Methods: Two designs were conducted, a systematic review of global articles, which portray the consumption of alcohol in adult victims of suicide. And the other is a cross-sectional study with deaths by suicide in the Federal District - Brazil between 2009 and 2019. Information on drug use, autopsy data and sociodemographic characteristics of the victims were collected.

Results: In the systematic review, 5938 studies were found, published between 1992 and 2021, mostly from the European continent. Only 25 studies provided enough information to compose the meta-analyses. People who abuse alcohol are 2.34 times (95% CI: 2.25–2.43) more likely to suffer suicide when compared to people who do not consume the substance. And in the cross-sectional study, data related to 1181 suicides were collected. Being male, being black and brown, and having a job were the factors that strongly associated with the highest concentration of ethanol in the victims' blood ($\geq 2.51\text{g/L}$). Other factors showed a slightly lower association ($\text{OR} < 3.72$): being single or separated or widowed, having cocaine identified in the toxicology test, having more than 8 years of schooling and having marijuana in the toxicology.

Keywords: Epidemiology; mortality; Suicide; Alcohol consumption;

LISTA DE FIGURAS – ARTIGO 1

Figura 1 - Fluxograma de busca, seleção e inclusão dos estudos.	26
Figura 2 - Gráfico de Floresta da metanálise de associação do consumo de bebida alcoólica e suicídio com Odds Ratio e intervalos de confiança de 95%.	29

LISTA DE TABELAS – ARTIGO 1

Tabela 1 - Características dos Estudos.	27
Tabela 2 - Análise de subgrupo e meta-regressão	31

LISTA DE TABELAS – ARTIGO 2

Tabela 1 - Número (N) e percentual (%) das características sociodemográficas relacionadas às vítimas de suicídio, Distrito Federal, 2009-2019 (n=1181)	51
Tabela 2 - Número (N) e percentual (%) das informações sobre o local da morte, assistência médica, substância usada, tentativas de suicídio anteriores e método, relacionados às vítimas de suicídio, Distrito Federal, 2009-2019 (n=1181).	51
Tabela 3 - Número (N) e percentual (%) de substâncias usadas por vítimas de suicídio avaliados utilizando o exame toxicológico, Distrito Federal, 2009-2019 (n = 1181).	52
Tabela 4 - Número (N) e percentual (%), Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança da associação entre a Concentração de Etanol no sangue em vítimas de suicídio e o consumo de substâncias e fatores associados, Distrito Federal, 2009 -2019 (n = 1181)	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	BREVE HISTÓRICO DO SUICÍDIO.....	14
1.2	POLÍTICAS PÚBLICAS.....	14
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	GERAL.....	16
2.2	ESPECÍFICOS.....	16
3	ARTIGO: CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDA ALCOÓLICA COMO FATOR DE RISCO PARA ÓBITO POR SUICÍDIO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.....	17
	RESUMO.....	17
	ABSTRACT.....	19
3.3	INTRODUÇÃO	21
3.4	MÉTODO.....	22
3.4.1	Fonte dos dados.....	22
3.4.2	Estratégia de busca.....	22
3.4.3	CrITÉrios de elegibilidade.....	23
3.4.4	Seleção dos estudos.....	23
3.4.5	Extração dos dados.....	23

3.4.6	Avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados para revisão sistemática e da evidência científica.....	24
3.4.7	Análise de dados.....	24
3.4.8	Protocolo.....	25
3.5	RESULTADOS.....	25
3.5.1	Estudos Selecionados.....	25
3.5.2	Características Gerais e Qualidade dos Estudos.....	26
3.5.3	Síntese quantitativa.....	28
3.6	DISCUSSÃO	32
3.7	CONCLUSÃO.....	35
3.8	REFERÊNCIAS.....	35
4	ARTIGO 2: FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO EXCESSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM VÍTIMAS DE SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL.....	44
	RESUMO.....	44
	ABSTRACT.....	45
4.3	INTRODUÇÃO	46
4.4	MÉTODO.....	47
4.4.1	Desenho do Estudo.....	47
4.4.2	População e Amostra.....	47
4.4.3	Critérios de Elegibilidade.....	47
4.4.4	Fonte de Dados.....	48
4.4.5	Coleta de Dados.....	48

		12
4.4.6	Variáveis.....	48
4.4.6.1	<i>Variável dependente.....</i>	48
4.4.6.2	<i>Variáveis Independentes.....</i>	49
4.4.7	Análise dos Dados.....	49
4.5	RESULTADOS.....	50
4.6	DISCUSSÃO.....	55
4.7	CONCLUSÃO.....	58
4.8	REFERÊNCIAS.....	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
6	REFERÊNCIAS.....	64
	MATERIAL SUPLEMENTAR.....	67

1 INTRODUÇÃO

Suicídio é descrito como o ato de causar a própria morte de forma intencional (Stedman's Medical Dictionary, 2006). A palavra "suicídio", provém do latim *suicidium*, que significa *sui*, de si próprio e *caedere*, matar (Botega, 2015). Vários fatores de risco podem desencadear essa fatalidade, tais como: perturbações mentais e/ou psicológicas e o abuso de substâncias lícitas e ilícitas (Hawton, Van Heeringen, 2009) e ainda pode ter relação com atos impulsivos resultantes de dificuldades econômicas, estresse, histórico de bullying e problemas de relacionamento (Bottino et al, 2015).

A mortalidade por suicídio é um agravo preocupante no campo da saúde pública. De acordo com a OMS, cerca de 703.000 vítimas morrem por suicídio todos os anos e essa fatalidade está entre as principais causas de morte do mundo (OMS, 2021). Em 2019, mais de uma em cada 100 mortes (1,3%) ocorreram devido ao autoextermínio (OMS, 2021). Outrossim, a maior parte dos suicídios (77%) ocorre em países de baixa e média renda (BRASIL, 2019).

Os meios utilizados para a execução do ato suicida são amplos entre os países, estando o enforcamento, o envenenamento por pesticidas e o uso de armas de fogo, classificados como métodos líderes (Ajdacic-gross, 2008; BRASIL, 2019). Ademais, a população do sexo masculino apresenta a maior frequência dos casos de suicídio (Värnik, 2012). Os adultos jovens representam a maior frequência de casos, classificando-se como a segunda maior causa de morte entre essa população (BRASIL, 2019).

Após a depressão e o transtorno bipolar, o segundo fator de risco mais frequente é o abuso de substâncias (Levin et al., 2001). O consumo de substâncias, associado ao sofrimento pessoal aumenta o risco do suicídio (FADEM, 2004). Dessa forma, o abuso de substâncias, como a bebida alcoólica, é encarado como um estimulador, ou seja, usado como meio de encorajamento para a autodestruição (Sgobin, 2013; Soratto, 2019).

1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE SUICÍCIO

O primeiro suicídio registrado ocorreu em 2500 a.C. na Mesopotâmia, em um ritual. Desde esse período, o ato suicida foi visto de diferentes formas na sociedade, conforme a cultura de cada civilização. Nesse cenário, na Grécia Antiga, o direito de tirar a própria vida era garantido, desde que o Estado desse uma autorização prévia. Já na Idade Média, o suicídio era proibido, sendo entendido como pecado pela religião cristã. Mais a frente, no final do século XV, há uma forte relação entre doença mental e autoextermínio (Alves et al., 2020). Portanto, cada momento na história apresentou determinadas particularidades sobre esse assunto.

Nesse âmbito, existem várias óticas sobre o suicídio, que são afetadas por ideias existenciais e bem enraizadas nas sociedades, adquiridas da religião, da filosofia, da sociologia e da psicologia (Tomer, 2013; Ritzer et al., 2011). Tendo em vista essas convicções, Durkheim, considerado o "Pai da Sociologia", define que o ato suicida depende também do campo social, e não somente dos fatores pessoais, ou seja, o ambiente pode ser favorável, no sentido de estimular o autocídio (Durkheim, 1897).

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

No ano de 2015, foi publicada a Agenda 2030, pelas Nações Unidas (ONU), com 17 objetivos de desenvolvimento sustentável, a sua criação é um plano de ação em prol das pessoas, do planeta e da prosperidade. Nesta declaração, assinada por diversos países, constam metas e objetivos para serem alcançados até 2030, um deles tem o propósito de reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar e para tanto, o indicador de mortalidade por suicídio é usado com a finalidade de avaliar essa condição (BRASIL, 2021).

Em vista disso, para se adaptar às diretrizes pactuadas, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, com propostas de ações que foram aplicadas entre 2017 a 2020, com o objetivo de reduzir as tentativas e mortes por suicídio, dando ênfase na vigilância e na qualidade das informações (BRASIL, 2017).

Para mais, em 2018 foi publicada a portaria nº 1315/2018, que institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, foram selecionados os 05 estados com maiores taxas de mortalidade por suicídio (Rio Grande do Sul, Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina), e o Amazonas, que ocupa o 10º lugar no ranking, tendo em vista o número de indígenas no estado e a alta incidência de suicídio entre essa população. Para tanto, funcionam como projetos pilotos para construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2020).

No Distrito Federal, em 2012, foi publicada a portaria nº 184/2012, que aprova o Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio. Por essa razão, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em 2019, elaborou os eixos estratégicos do referido plano com atuação prevista para 2020 a 2023. Este material tem o objetivo de oferecer informações baseadas em evidências científicas e nas recomendações dos órgãos de referência nacionais e internacionais, para instrumentalizar os serviços de saúde para atuação na abordagem à pessoa em risco de suicídio.

Dessa forma, o tema em questão vislumbra diversas políticas e diretrizes de promoção, prevenção e protocolos de saúde com extensa discussão mundial. Esse movimento acontece, pois o ato suicida não é um impacto que se restringe a vítima, pois afeta sua família e atinge a sociedade. Isso significa, que os entes queridos da vítima sofrem por enfrentar uma reestruturação, devido à uma mudança repentina na dinâmica familiar e pode até desencadear novos suicídios entre os membros. Dessa forma, é um fenômeno que necessita de ações preventivas no âmbito social. (Gonçalves; Neto; Rios; Souza *et al.*, 2018).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Identificar preditores para o uso excessivo de bebida alcoólica em pessoas que morreram devido ao suicídio.

2.2 ESPECÍFICOS

Buscar evidências na literatura sobre a associação entre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e a morte por suicídio.

Verificar os níveis de consumo de bebidas alcoólicas entre vítimas de suicídio no Distrito Federal (DF) no período de 2009 a 2019 e fatores associados.

3 ARTIGO: CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDA ALCOÓLICA COMO FATOR DE RISCO PARA ÓBITO POR SUICÍDIO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

RESUMO

Introdução: O suicídio é um significativo problema de saúde pública mundial e consumo excessivo de bebidas alcoólicas é relevante nesse desfecho. Contudo, pesquisas que retratam essa relação são escassas.

Objetivo: Estimar a associação entre o consumo de bebida alcoólica e suicídio

Método: Revisão sistemática, com pesquisa realizada nas bases de dados: Embase, Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus e Medline (Pubmed) e PsycInfo. Foram incluídos estudos que apresentaram instrumentos confiáveis para mensurar o consumo de bebida alcoólica nos participantes. As buscas foram limitadas a adultos, portanto, pesquisas com idosos, adolescentes e crianças foram excluídas. Para avaliar a qualidade metodológica foi empregada a ferramenta Newcastle-Ottawa para estudos de coorte e caso-controle. Metanálises de efeitos randômicos, por meio da técnica de Razão de Verossimilhança Restrita, foram conduzidas para mensurar medidas de Odds Ratio sumárias e respectivos intervalos de confiança de 95%. Análises de sensibilidade foram realizadas para explorar fontes de heterogeneidade.

Resultado: Foram encontrados 5938 estudos, dos quais 25 compuseram a revisão sistemática. As pesquisas foram publicadas entre 1992 e 2021 e incluíram um total de 14,571,698 participantes distribuídos majoritariamente no continente europeu. Apenas 22 pesquisas forneceram informações suficientes para compor as metanálises. Pessoas que fazem uso abusivo de bebida alcoólica tem 2,34 vezes (IC 95%: 2,25–2,43) maior chance de sofrer suicídio quando comparadas as pessoas que não consomem a substância. As meta-regressões demonstraram que a baixa qualidade metodológica e a região geográfica podem influenciar em um aumento expressivo da medida de associação sumária.

Conclusão: O consumo exagerado de álcool foi considerado fator de risco para suicídio. Uma limitação acerca do estudo foi a elevada heterogeneidade estatística que foi explorada por meio da análise de sensibilidade. Nesse sentido, são necessários mais estudos com consistência e robustez metodológica que abordem

este tema, na tentativa de fortalecer as evidências que possam colaborar no combate a mortalidade por suicídio, bem como identificar fatores de risco para o agravo.

Financiamento: A revisão sistemática foi financiada pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob registro 04/2019.

Registro: Protocolo Prospero - CRD42021260811.

Descritores: Suicídio; Consumo de álcool; revisão sistemática;

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a significant public health problem worldwide and excessive consumption of alcoholic beverages is relevant in this outcome. However, studies that portray this relationship are scarce.

Objective: To estimate the association between alcohol consumption and suicide

Method: Systematic review, with research carried out in the following databases: Embase, Web of Science, Virtual Health Library, Scopus and Medline (Pubmed) and PsycInfo. Studies that presented reliable instruments to measure alcohol consumption in people were included. The searches were limited to adults, therefore, searches with the elderly, adolescents and children were excluded. To assess the methodological quality, the Newcastle-Ottawa tool was used for cohort and case-control studies. Random effects meta-analyses, using the Restricted Likelihood Ratio technique, were conducted to measure summary Odds Ratio measures and respective 95% confidence intervals. Sensitivity analyzes were performed to explore sources of heterogeneity.

Result: 5938 studies were found, of which 25 were part of the systematic review. The surveys were published between 1992 and 2021 and included a total of 14,571,698 participants distributed mostly across the European continent. Only 17 studies provided enough information to compose the meta-analyses. People who abuse alcohol are 2.34 times (95% CI: 2.25–2.43) more likely to suffer suicide when compared to people who do not consume the substance. The meta-regressions showed that the low methodological quality and the geographic region can influence a significant increase in the summary association measure.

Conclusion: Excessive alcohol consumption was considered a risk factor for suicide. A limitation about the study was the high statistical heterogeneity that was explored through sensitivity analysis. In this sense, more studies with consistency and methodological robustness are needed that address this issue, in an attempt to strengthen the evidence that can collaborate in the fight against suicide mortality, as well as identify risk factors for the disease.

Funding: The systematic review was funded by the Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), under registration 01/2019.

Registration: Prospero Protocol - CRD42021260811.

Keywords: Suicide; Alcohol consumption; systematic review;

3.3 INTRODUÇÃO

O suicídio é um importante problema de saúde pública, globalmente 703.000 pessoas são vítimas de suicídio todos os anos (OMS, 2021). Nesse contexto, em 2019 o agravo em questão esteve entre as principais causas de morte no mundo, com maior número de óbitos do que o câncer de mama, malária e HIV/AIDS, por exemplo (OMS, 2021). As pesquisas que cercam esse tema são de grande relevância, considerando que dados do mesmo ano demonstraram que 79% das ocorrências mundiais são em países de baixa e média renda (Anjos et al., 2021).

Esse fenômeno abrange condições complexas e multicausais, de dimensão coletiva e individual, que envolve indivíduos de diferentes classes sociais, idades, origens, sexo e culturas (BRASIL, MS, 2021). Ademais, as mortes por suicídio produzem impactos econômicos e sociais irreversíveis tanto para as pessoas quanto para o Estado (Gomes, 2017). Além disso, situações prejudiciais, como doenças, adversidades financeiras e sociais podem incitar a ideação suicida (Arafat et al., 2018)

Neste cenário, o consumo de bebida alcoólica é compreendido como um ato que aumenta a sensação de bem-estar e de satisfação, alternativa utilizada pelas vítimas de suicídio (Arafat et al., 2018) (Kolves et al., 2017). Nessa perspectiva, pessoas com ideação suicida utilizam o consumo do álcool como encorajador para a efetivação do ato suicida (Kolves et al., 2017). Uma vez que quando a bebida é ingerida, há liberação de serotonina, neurotransmissor que regula o estado de humor e é capaz de produzir efeito temporário de felicidade e desinibição nas pessoas. Em contrapartida, no estado de embriaguez pode levar ao profundo estado de tristeza e este ser um aspecto motivador para tentativa e execução do suicídio (Kolves et al., 2017)

Portanto, pesquisas apontaram que o uso abusivo de bebida alcoólica e outras substâncias é um evento frequente no suicídio (Conner et al., 2017; Lee et al., 2017; Park et al., 2017; Lasota et al., 2020). Além disso, existe uma relação complexa entre o consumo agudo de álcool e o suicídio, no que diz respeito a diversas condições, como idade, sexo, fatores culturais sociais e ambientais. Os achados dessa revisão podem ajudar a elucidar aspectos relacionais da hipótese sob investigação (Chong et al., 2020; Darvishi et al., 2015). Adicionalmente, não foram localizadas revisões

sistemáticas com objetivo semelhante ao proposto no presente artigo. Dessa forma, esta pesquisa busca estimar a associação entre o consumo de bebida alcoólica e suicídio.

3.4 MÉTODO

3.4.1 Fonte dos dados

Foram utilizadas sete bases de dados, a saber: Embase, Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus e Medline (Pubmed) e PsycInfo. Além disso, foram rastreados registros na literatura cinzenta por meio da base Open Grey e as listas de referências dos estudos incluídos foram conferidas para localização de evidências acerca do tema. Todas as referências foram rastreadas até o dia 06 de novembro de 2022.

3.4.2 Estratégia de busca

Foram empregados descritores do Medical Subject Headings (MESH) e Emtree que foram definidos conforme o acrônimo P– Adultos; E – consumo de bebida alcoólica; C– ausência do consumo de bebida alcoólica; O– Suicídio. Os operadores booleanos OR e AND foram utilizados para a junção de termos e linhas de busca. As palavras-chave e termos similares selecionados conforme a base de descritores foram: Adult; Young Adult; Middle Aged; Alcoholics; Alcoholic Intoxication; Alcoholism; Alcoholic Beverages; Suicide; Suicide, Attempted e Suicide, Completed. Adicionalmente, foi incluído o descritor de texto livre self-extermination. Para melhorar a precisão da estratégia de busca foram definidos filtros para estudos observacionais longitudinais: Cohort Studies e Case-Control Studies. A estratégia de busca foi revisada por meio do Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS) por um revisor mais experiente. As estratégias de busca e o PRESS estão disponíveis em material suplementar (Material suplementar).

3.4.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos que apresentaram instrumentos confiáveis para mensurar a exposição (consumo de bebida alcoólica) ou que realizaram exame laboratorial para verificar os níveis de álcool no sangue. Investigações com idosos, adolescentes e crianças, pesquisas transversais e estudos de caso foram excluídos. Não houve restrição em relação ao idioma ou período de publicação.

3.4.4 Seleção dos estudos

Os estudos foram identificados nas bases de dados e a leitura de títulos e resumos foi realizada por dois pesquisadores (ERMR e CMF) independentes por meio da aplicação web Rayyan (Rayyan, 2022). Os desacordos foram resolvidos por um terceiro revisor (ACMGF). Após essa etapa foi realizada a leitura do texto completo por dois avaliadores independentes (ERMR e ACMGF) e a decisão final para inclusão dos estudos ocorreu por meio de consenso.

3.4.5 Extração dos dados

A extração dos dados foi realizada através do Excel e essa etapa foi realizada por duas autoras (ERMR e ACMGF) de forma independente e depois confrontadas para confirmação das informações coletadas. As variáveis utilizadas na fase de extração foram: autor, ano de publicação, ano de início da pesquisa, definição da exposição, definição do desfecho, tipo de estudo, medida de associação, tipo de análise e conclusão da pesquisa.

3.4.6 Avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados para revisão sistemática e da evidência científica

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos originais foi realizada por meio do instrumento Quality Access Scale - Newcastle-Ottawa (Wells et al, 2014) por dois revisores de forma independente (ERM e ACMGF). Foram avaliados três domínios para cada delineamento. Nas pesquisas de coorte foram analisadas as características acerca da seleção, comparabilidade e exposição (material suplementar). Para as investigações de caso-controle, foram avaliados os itens seleção, comparabilidade e desfecho (material suplementar). A classificação final do estudo foi considerada baixa se obteve até 3 estrelas; moderada se apresentou de 4 a 6 estrelas e alta quando a pontuação foi superior a 7 estrelas (material suplementar).

O sistema grade foi empregado para avaliar a qualidade da evidência da revisão sistemática. Foram considerados os seguintes itens para avaliação: risco de viés, inconsistência, evidência indireta, imprecisão e viés de publicação. A presença desses itens rebaixa a qualidade da evidência. Em contrapartida, foram considerados na avaliação três itens que podem elevar a qualidade da evidência: magnitude do efeito, gradiente de resposta à dose e possível ajuste de confusão. A pontuação final possibilitou a classificação da qualidade da evidência da seguinte forma: ≥ 4 pontos (alta); 3 pontos (moderada); 2 pontos (baixa) e 1 ponto (muito baixa) (Guyatt et al, 2011).

3.4.7 Análise de dados

Os dados foram analisados no programa estatístico STATA® versão 17, número de série: 301709305247(Stata,2017). Aplicou-se o teste I-quadrado para estimar a heterogeneidade estatística dos estudos avaliados. Valores superiores a 60% foram considerados com alta inconsistência (Pearson, 1992). A medida de associação sumária Odds Ratio e respectivo intervalo de confiança de 95% foram obtidos por meio da metanálise de efeitos randômicos e técnica da Razão de Verossimilhança Restrita. Para os estudos que apresentaram medidas de associação

(Risco Relativo ou Hazard Ratio) diferentes das empregadas na metanálise foi feita a conversão para Odds Ratio por meio do método de Zhang (Zhang, 1998). Adicionalmente, foi realizada a investigação de estudos considerados outliers por meio da estatística de Galbraith e técnica Leave-one-out. Posteriormente, foram conduzidas análises de sensibilidade, subgrupo e meta-regressões (significância de 5%; coeficiente de regressão e R-quadrado) para exploração da heterogeneidade estatística. A avaliação de estudos ausentes ocorreu por meio do teste de Egger ($p < 0,10$) e gráfico de funil de Begg. Ainda, o teste trim-and-fill foi aplicado para detectar possíveis distorções na medida de associação metanalítica devido aos estudos ausentes.

3.4.8 Protocolo

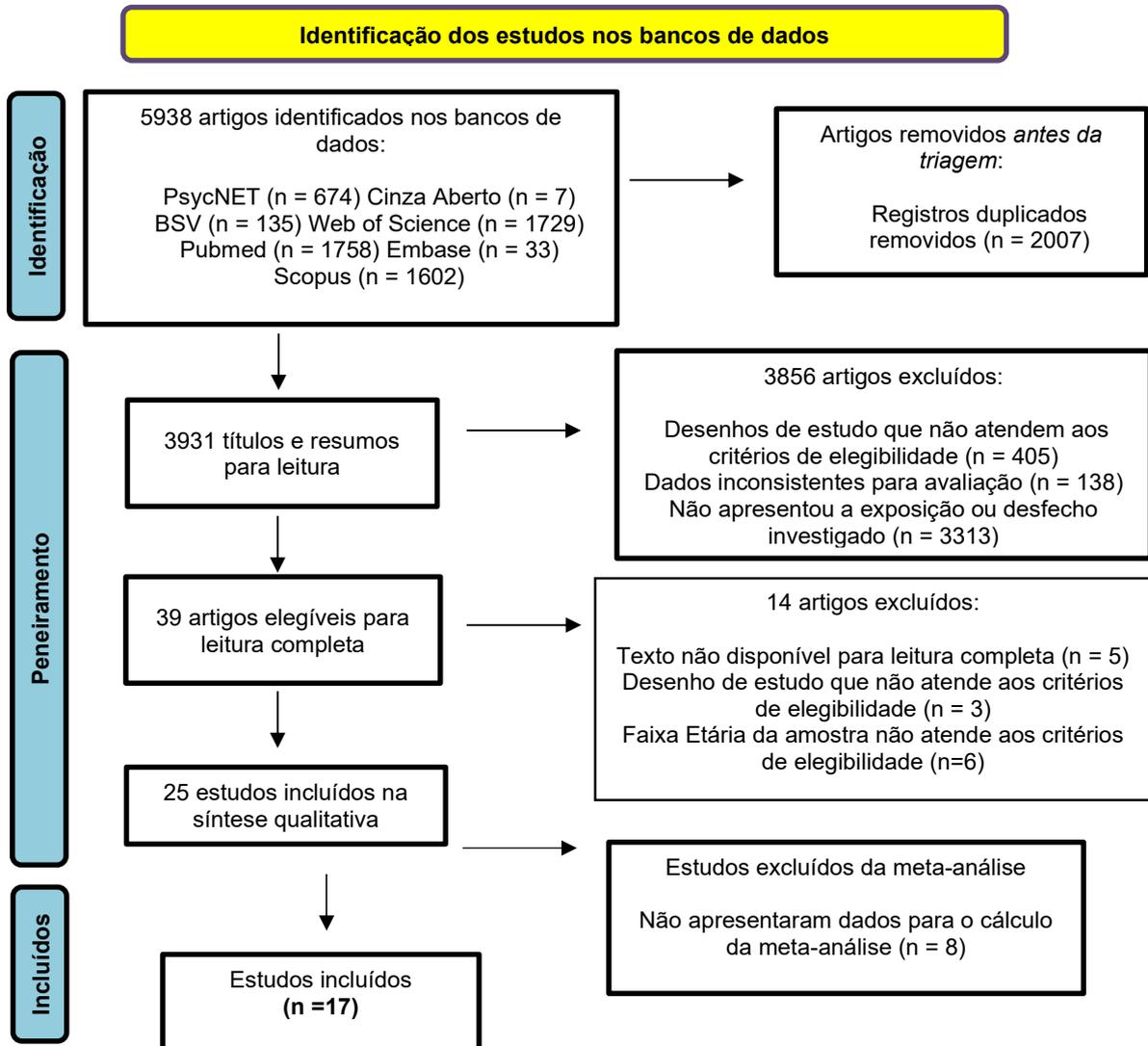
A revisão sistemática foi registrada no Prospero por meio do endereço eletrônico: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero> , sob número CRD42021260811.

3.5 RESULTADOS

3.5.1 Estudos Seleccionados

Foram identificados 5938 registros nas bases de dados. Após a exclusão das duplicatas e da leitura de 3931 títulos e resumos, 39 estudos foram seleccionados para leitura completa. E, por final, 25 pesquisas atenderam aos critérios de elegibilidade desta revisão sistemática (Figura 1). O período de publicação das investigações avaliadas foi de 1992 a 2021.

Figura 1. Fluxograma de busca, seleção e inclusão dos estudos.



3.5.2 Características Gerais e Qualidade dos Estudos

A população incluída nesta revisão foi composta por 14.571.698 participantes com faixa etária entre 18 e 65 anos. Do total de estudos selecionados, foram identificados 18 caso-controle e 7 coortes (Tabela 1). A maior parte das pesquisas foi realizada entre 2000 e 2010, apresentaram amostras inferiores a 1000 indivíduos, demonstraram moderada ou alta qualidade metodológica (média= 5,9; Desvio Padrão =1,47), não realizaram análises ajustadas e ocorreram em países do continente europeu.

Tabela 1. Características dos Estudos

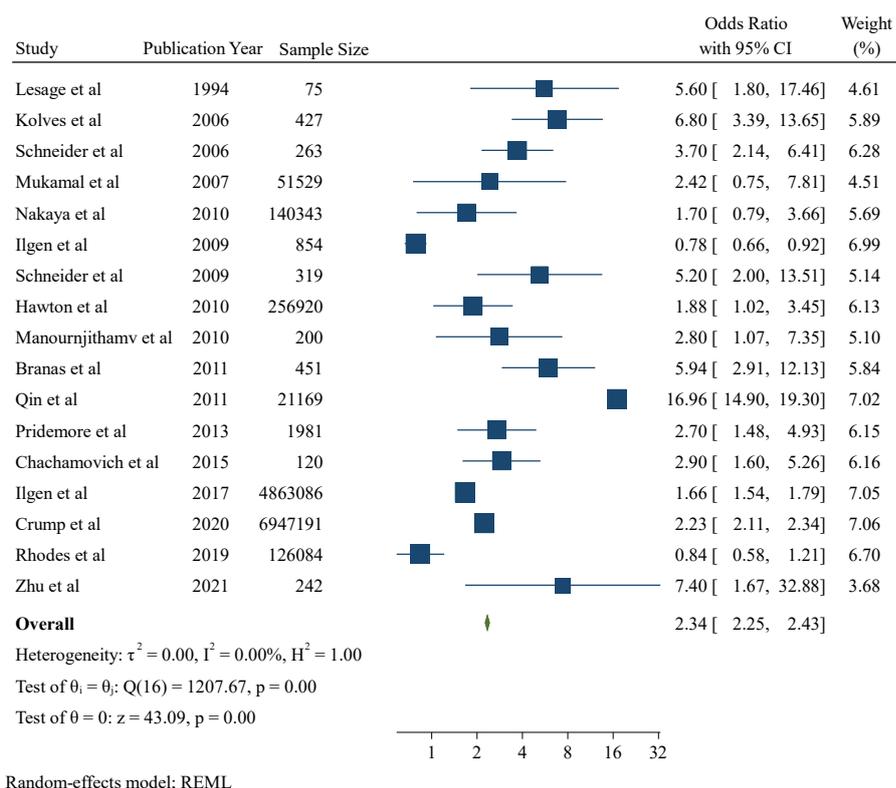
Características	N	%
Desenho do Estudo		
Caso Controle	18	72.0
Coorte	7	28.0
Região Geográfica (Continente)		
Americano	8	32.0
Asiático	5	20.0
Europeu	10	40.0
Oceânico	2	8.0
Exposição ao Álcool		
Abuso de Álcool	15	60.0
CID para Alcoolismo	3	12.0
Laboratorial	3	12.0
Uso de Álcool no momento do Suicídio	4	16.0
Tamanho da Amostra		
< 1000	17	68.0
≥ 1000	8	32.0
Qualidade Metodológica dos Estudos		
Baixa	2	8.0
Moderada	14	56.0
Alta	9	36.0
Ano em que a pesquisa foi iniciada		
Antes de 1990	3	12.0
1990–1999	7	28.0
2000–2010	15	60.0
Avaliação de confundimento		
Sim	6	24,0
Não	19	76.0

A definição de consumo de álcool utilizada na maioria dos estudos, foi estabelecida como abuso de álcool, identificado a partir da coleta em banco de dados e/ou entrevistas com a família e/ou utilização de prontuários e em seguida de registros de exames laboratoriais que identificam a concentração de álcool no organismo do indivíduo, assim como da identificação dos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (OMS, 1997) relacionados aos distúrbios referentes ao abuso do álcool. Poucos estudos (Hayward et al, 1992) (Branas et al,2011) avaliaram os níveis da concentração de etanol no sangue, padrão-ouro, para definição de intoxicação alcoólica (material suplementar).

3.5.3 Síntese quantitativa

Para a condução da metanálise de associação foram empregados 17 estudos (Lesage et al, 1994) (Mukamal et al, 2007) (Ilgen et al, 2009) (Schneider et al, 2009) (Nakaya et al, 2010) (Hawton et al, 2010) (Manoranjitham et al, 2010) (Branas et al, 2011) (Qin, 2011) (Pridemore, 2013) (Chachamovich et al, 2015) (Ilgen, 2016) (Kölves et al, 2017) (Rhodes et al, 2019) (Crump et al, 2020) (Zhu et al, 2021) que apresentaram dados suficientes para sumarização metanalítica. Os autores dos demais estudos foram contactados, porém as informações não foram disponibilizadas até o momento da publicação da presente revisão sistemática. O consumo excessivo de bebida alcoólica eleva em 2,34 vezes a chance de suicídio em relação ao não consumo da substância, conforme medida sumária Odds Ratio e intervalo de confiança de 95% (Figura 2). A heterogeneidade estatística foi considerada baixa, após análise de sensibilidade.

Figura 2. Gráfico de Floresta da metanálise de associação do consumo de bebida alcoólica e suicídio com Odds Ratio e intervalos de confiança de 95%.



Primeiramente, a medida sumária Odds Ratio estimada foi na ordem de 2.96 (IC 95%: 1.96; 4.48. I^2 : 98,4%), com alta heterogeneidade estatística. Após detectar estudo considerados outlier (Qin,2011), por meio da análise de sensibilidade, empregado o gráfico de Galbraith (material suplementar) observou-se que houve uma redução da medida sumária, Odds Ratio, para 2.52 (IC 95%: 1.78; 3.58. I^2 : 97,0%) e a inconsistência estatística foi elevada.

Na tentativa de potencializar a exploração das fontes de heterogeneidade foram conduzidas análises de subgrupo. Os achados mostraram que pesquisas conduzidas simultaneamente por meio de entrevista, autópsia ou questionário apresentaram baixa magnitude da heterogeneidade estatística. Sequencialmente, ao avaliar o subgrupo entrevista e banco de dados, a inconsistência permaneceu baixa. Porém, ao empregar exclusivamente banco de dados, o I^2 foi compatível com a metanálise geral inicial. Ao considerar o continente asiático e o tipo de estudo de coorte, a heterogeneidade estatística foi considerada baixa. Ademais, todas as outras avaliações mostraram elevados valores de I^2 (Tabela 2).

Para explorar os possíveis efeitos das características dos estudos no resultado da metanálise, foi realizada meta-regressão bruta. Diante do exposto, a qualidade

metodológica dos estudos originais classificada como baixa pode aumentar em até 195% o valor da medida de associação sumária e ser responsável por explicar, por meio do R-quadrado, 13.12% da heterogeneidade estatística ($p < 0.001$). O ano de início da pesquisa também apresentou significância estatística inferior a 5% ($p = 0.017$), com possibilidade de elevar em 89% a Odds Ratio sumária em relação as pesquisas que ocorreram antes do ano 2000, além de contribuir com 29.85% (R^2) com a inconsistência dos dados. Na meta-regressão múltipla de qualidade metodológica baixa e ano de início de pesquisa anterior a 2000, a capacidade explicativa do R-quadrado em relação a elevada heterogeneidade estatística foi na ordem de 61.9%. Estudos de baixa qualidade e pesquisas que ocorreram antes do ano 2000 podem elevar a medida metanalítica em 155% ($p = 0.002$) e reduzir em 69% ($p = 0.045$), respectivamente.

Por fim, foi conduzida a análise de sensibilidade por meio da técnica de Leave-one-out (material suplementar) para detectar o efeito individual de cada estudo na metanálise. Somado a isso, aplicou-se o teste Trim-and-Fill considerando a possibilidade de estudos ausentes e obteve-se uma medida sumária de 1.87 (IC 95%: 1.18; 2.97).

Não foi detectado viés de publicação no teste de Egger ($p=0.274$), embora na inspeção do gráfico de funil foi visualizada a dispersão dos estudos (material suplementar). Ao avaliar a qualidade da evidência científica por meio do sistema Grade, foi detectada que a classificação foi moderada para o principal achado desta revisão (material suplementar).

Tabela 2. Análise de subgrupo e meta-regressão.

Características	N	Análise de Subgrupo		Meta-regressão	
		Odds Ratio (IC 95%)	Heterogeneidade (I^2)	Coeficiente	p-valor*
Desenho do Estudo					
Caso Controle	14	3.29 (2.03; 5.32)	97.8%	0.57	0.306
Coorte	3	1.66 (1.54; 1.79)	0.0%	Referência	
Fonte dos dados					
Autópsia ou Questionário e Entrevista	6	2.89 (2.10; 3.96)	0.0%	Referência	
Banco de dados e Entrevista	4	4.83 (3.05; 7.66)	34.3%	0.53	0.364
Banco de dados	7	2.32 (1.03; 5.25)	99.7%	-0.25	0.615
Região Geográfica (Continente)					
Americano	7	2.01 (1.09; 3.73)	96.9%	Referência	
Asiático	3	2.64 (1.32; 5.26)	28.9%	0.38	0.541
Europeu	7	4.28 (2.32; 7.89)	97.9%	0.76	0.080
Oceânico	0	-	-	-	-
Tamanho da Amostra					
< 1000	9	3.56 (2.08; 6.08)	84.6%	0.39	0.358
≥ 1000	8	2.43 (1.27; 4.66)	98.4%	Referência	
Qualidade Metodológica dos Estudos					
Baixa	2	10.67 (3.84; 29.61)	87.5%	1.95	<0.001
Moderada	11	2.94 (1.88; 4.58)	80.5%	0.62	0.093
Alta	4	1.57 (1.03; 2.39)	98.1%	Referência	
Ano em que a pesquisa foi iniciada*					
< 2000	7	5.01 (2.68; 9.36)	86.1%	0.89	0.017
≥ 2000	10	2.05 (1.35; 3.12)	98.1%	Referência	
Avaliação de confundimento					
Sim	5	3.89 (1.59; 1.79)	98.9%	Referência	
Não	12	2.54 (1.64; 3.96)	94.5%	-0.41	0.360

* Nível de significância de 5%

3.6 DISCUSSÃO

O resultado principal desta revisão sistemática apresentou o consumo excessivo de bebida alcoólica como um fator de risco para o ato suicida. Os achados foram confirmados por meio da metanálise de associação, em que pessoas que consomem bebida alcoólica excessivamente tem 2.34 vezes maior chance de cometer suicídio. A qualidade metodológica oscilou entre baixa e alta, sendo mais frequente nos estratos moderado e alto. Os estudos foram conduzidos em diversos países do mundo, com maior predomínio no continente Europeu.

Ademais, ao considerar a variação regional em relação ao abuso de álcool associado ao suicídio, houve maior predominância no continente europeu. Foram incluídos estudos dos continentes americano, asiático e oceânico, que apresentam condições socioeconômicas diferentes, o que pode ser considerado como ponto de maior confiabilidade para representatividade mundial da hipótese testada nesta revisão sistemática. No entanto, há possibilidade dos resultados sofrerem influência dos estudos europeus, devido a elevada quantidade de pesquisas desse continente incluídas na revisão.

Foi encontrada apenas uma revisão anterior sobre o tema, que corrobora com os achados atuais. A referida pesquisa, de Wilcox HC et al (Wilcox HC et al, 2004), apresentou heterogeneidade entre os estudos de coorte avaliados, porém não há detalhamento a respeito da qualidade metodológica dos mesmos e, ainda, divergente desta revisão sistemática, a maioria das pesquisas foram conduzidas no continente americano. Além disso, na estratégia de busca para localização dos estudos, utilizou somente uma base de dados.

Os estudos desta revisão sistemática apresentaram dados baseados na identificação do suicídio e grupo de comparação, bem como se a vítima fazia consumo abusivo de álcool ou se havia feito a ingestão da bebida alcoólica imediatamente antes do ato suicida. No entanto, na presente pesquisa, não foi possível estimar a associação entre o consumo excessivo de bebida alcoólica e suicídio por nível da alcoolemia devido à escassez de dados por subgrupos e padronizados nos estudos originais. A mensuração por nível de consumo é importante, para avaliar a gravidade da embriaguez devido à uma ingestão maior da bebida alcoólica que,

consequentemente, pode incidir em efeitos psicoativos e suicídio (Watts, 2008). Existem pesquisas que afirmam a presença de níveis moderados, entre 1.5 e 2.99g de álcool por litro de sangue, nas vítimas de suicídio (Gomes et al., 2022; Chong et al., 2020; Kolves et al., 2017; Bosnjakovic-Pavlovic et al., 2015).

Acerca das limitações desta revisão, destaca-se a possibilidade viés de publicação detectado no gráfico de funil, mas rejeitada pelo teste de Egger. Não existe, um consenso acerca de qual das duas avaliações devem ser consideradas na avaliação dos estudos ausentes. Na tentativa de reduzir possíveis problemas dessa natureza, previamente, foi incluído número extensivo de bases de dados, investigação na literatura cinzenta e inspeção da lista de referências dos registros inseridos. Acredita-se que, o potencial para o viés de publicação, é devido ao fato de ter poucos estudos publicados sobre o tema.

Desse modo, foi conduzida a análise Trim-and-Fill e estimada a ausência de seis estudos, conforme as medidas de associações empregadas na metanálise. O resultado, mostrou uma redução de 36,8% na Odds Ratio sumária. Ao conduzir a análise de sensibilidade, observou-se que se a heterogeneidade estatística fosse considerada nula o valor da medida sumária seria 20,1% inferior a medida estimada no teste supracitado. Ao comparar o resultado da medida esperada com o subgrupo do tipo de estudo de coorte, pode-se observar uma redução de 12,65% na medida apresentada no referido delineamento. Desse modo, optou-se por abordagem mais conservadora e uma medida de associação com menor magnitude geral para expressar os resultados dessa metanálise, considerando que uma possível fonte de heterogeneidade é o tipo de estudo.

Em relação a análise de subgrupo, observou-se que pesquisas que envolviam a entrevista na etapa de coleta de dados apresentaram maior homogeneidade em relação ao I^2 . Nesse sentido, ao avaliar as características metodológicas houve pontos em comuns na condução da pesquisa, reforçando a necessidade de padronização e robustez das investigações acerca do tema para que os resultados sejam consistentes e confiáveis, especialmente optando pela condução de estudos de coorte. Uma falácia da revisão, que foge ao domínio dos autores do artigo, é exclusão de 8 estudos da metanálise devido aos dados faltantes. Embora, os

pesquisadores dos estudos originais fossem contados, a equipe da revisão não obteve sucesso na aquisição dessas informações.

Outra limitação, foi o emprego de diversas medidas de associação (hazard ratio, risco relativo e odds ratio) na metanálise. Para resolver esse conflito analítico, todas as medidas foram padronizadas por meio da técnica de Zhang (Zhang, J. e Yu, K.F, 1998) e convertidas em Odds Ratio. Considerando a possibilidade de distorção dos resultados, foi conduzida uma análise de sensibilidade para comparar as medidas convertidas e originais que apresentaram variação maior que 10%. Todavia, a diferença não trouxe impacto para os resultados apresentados. Ainda, ressalta-se que as medidas apresentaram resultados próximos, uma vez que o desfecho analisado é um evento raro.

As fortalezas dessa revisão, permeiam por aspectos relacionados com o uso de técnicas analíticas avançadas para explorar a heterogeneidade estatística, como meta-regressão, análise de sensibilidade, teste de Galbraith e técnica de Leave-one-out. Outro ponto positivo foi o uso de instrumentos validados para avaliação da qualidade metodológica dos estudos (Wells et al, 2014) e adoção do checklist Prisma 2020 (Radua, 2021) para adequada condução da revisão sistemática e metanálise. A avaliação da evidência científica foi realizada por meio do Sistema Grade Pro (Guyatt et al, 2011), demonstrando moderada qualidade.

Até o momento, possivelmente, esta é a primeira revisão sistemática com estudos de todos os continentes, com vasto número de pesquisas longitudinais. Apesar dos resultados mostrarem a associação entre que o consumo de álcool em excesso e suicídio, ainda há necessidade de pesquisas metodologicamente mais robustas e de natureza longitudinal sobre esse tema, com avaliação mais pontual dos níveis de alcoolemia e seus efeitos psicoestimuladores.

Desse modo, a relação entre uso excessivo de álcool e suicídio poderia ser melhor elucidada para tomadas de decisão no campo da saúde pública de forma assertiva. Discutir questões psiquiátricas, uso de substâncias e suicídio é de extrema importância para detectar potenciais fatores de risco agregados ao agravo estudado. Nesse sentido, poderia melhorar a qualidade das evidências científicas e direcionar ações de prevenção e promoção da saúde mais efetivas para população de risco.

3.7 CONCLUSÃO

O consumo excessivo de bebida alcoólica foi considerado um preditor para suicídio. É recomendado a adoção de medidas efetivas para manejo do uso abusivo de álcool e suicídio. Estudos adicionais podem contribuir para essa elucidação.

Financiamento

A revisão sistemática foi financiada pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob Termo de Outorga com registro 04/2019.

Conflito de interesse

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

3.8 REFERÊNCIAS

Anjos TGD, Carvalho DSB, Machado AC, Carvalho MDSL, Lyrio AO, Souza ES, Gomes JA, Hintz AM, Cruz SSD, Gomes-Filho IS, Figueiredo ACMG, Pereira MG.

Associated factors to abusive alcoholic beverage consumption in suicide victims. Drug Alcohol Depend. 2021 Apr 1;221:108613. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108613. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33662671

Arafat, S.M.Y., Mali, B., Akter, H., 2018. **Demography and risk factors of suicidal behavior in Bangladesh: a retrospective online news content analysis.** Asian J. Psychiatry 36, 96–99. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.008>.

Bohnert KM, Ilgen MA, Louzon S, McCarthy JF, Katz IR. **Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration.** Addiction. 2017;112(7):1193-1201. doi:10.1111/add.13774

Bosnjakovic-Pavlovic, N., Stefanovic, M., Anic, S., Adnadjevic, B., Jelacic, M., Lukic, V., Uskokovic-Markovic, S., 2015. **Prevalence of post-mortem blood alcohol**

concentration among deaths in Serbia during 2011. *Nauk. bezbednost, Polic.* 161–171. <https://doi.org/10.5937/nbp1401161b>.

Bowden B, John A, Trefan L, Morgan J, Farewell D, Fone D. **Risk of suicide following an alcohol-related emergency hospital admission: An electronic cohort study of 2.8 million people.** *PLoS One.* 2018;13(4):e0194772. Published 2018 Apr 27. doi:10.1371/journal.pone.0194772

Branas CC, Richmond TS, Ten Have TR, Wiebe DJ. **Acute alcohol consumption, alcohol outlets, and gun suicide.** *Subst Use Misuse.* 2011;46(13):1592-1603. doi:10.3109/10826084.2011.604371

Conner, K.R., Lathrop, S., Caetano, R., Wiegand, T., Kaukeinen, K., Nolte, K.B., 2017. **Presence of alcohol, cocaine, and other drugs in suicide and motor vehicle crash decedents ages 18 to 54.** *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 41, 571–575. <https://doi.org/10.1111/acer.13320>.

Cooper J, Kapur N, Webb R, et al. **Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study.** *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):297-303. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.297.

Chachamovich E, Kirmayer LJ, Haggarty JM, Cargo M, McCormick R, Turecki G. **Suicide Among Inuit: Results From a Large, Epidemiologically Representative Follow-Back Study in Nunavut.** *Can J Psychiatry.* 2015;60(6):268-275. doi:10.1177/070674371506000605.

Chong DG, Buckley NA, Schumann JL, Chitty KM. **Acute alcohol use in Australian coronial suicide cases, 2010-2015.** *Drug Alcohol Depend.* 2020 Jul 1;212:108066. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108066. Epub 2020 May 15. PMID: 32473536.

Crump C, Edwards AC, Kendler KS, Sundquist J, Sundquist K. **Healthcare utilisation prior to suicide in persons with alcohol use disorder: national cohort and nested case-control study.** *Br J Psychiatry.* 2020;217(6):710-716. doi:10.1192/bjp.2020.122

Crump C, Sundquist J, Kendler KS, Edwards AC, Sundquist K. **Comparative risk of suicide by specific substance use disorders: A national cohort study.** *J Psychiatr Res.* 2021;144:247-254. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.10.017.

Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., Poorolajal, J., 2015. **Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis.** *PLoS One* 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>

D.G. Chong, N.A. Buckley, J.L. Schumann, K.M Chitty, **Acute alcohol use in Australian coronial suicide cases, 2010–2015**, *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 212, 2020, 108066, ISSN 0376-8716, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdp.2020.108066>.

Galway K, Gossrau-Breen D, Mallon S, et al. **Substance misuse in life and death in a 2-year cohort of suicides.** *Br J Psychiatry.* 2016;208(3):292-297. doi:10.1192/bjp.bp.114.147603

Gomes, G dos S., 2017. **Análise Epidemiológica do Suicídio No Distrito Federal Entre 2005 E 2014** (Dissertação mestrado). Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde, Brasília.

Gomes, J.d.A., de Souza, D.M., Oliveira, K.D. et al. **Psychoactive substances use before suicide: detailed analysis of all cases that occurred in the Brazilian Federal District in a 10-years period.** *BMC Psychiatry* 22, 467 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04082-z>.

González-Castro TB, Hernández-Díaz Y, Tovilla-Zárate CA, et al. **Differences by gender in completed suicides in a Mexican population: A psychological autopsy study.** *J Forensic Leg Med.* 2016;38:70-74. doi:10.1016/j.jflm.2015.11.019

Guyatt, G.H.; Oxman, A.D.; Kunz, R.; Woodcock, J.; Brozek, J.; Helfand, M.; Alonso-Coello, P.; Falck-Ytter, Y.; Jaeschke, R.; Vist, G.; et al. GRADE guidelines: 8. **Rating the quality of evidence—Indirectness.** *J. Clin. Epidemiol.* 2011, 64, 1303–1310.

Guyatt, G.H.; Oxman, A.D.; Montori, V.; Vist, G.; Kunz, R.; Brozek, J.; Alonso-Coello, P.; Djulbegovic, B.; Atkins, D.; Falck-Ytter, Y.; et al. **GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence—Publication bias**. *J. Clin. Epidemiol.* 2011, 64, 1277–1282.

Guyatt, G.H.; Oxman, A.D.; Schünemann, H.J.; Tugwell, P.; Knottnerus, A. **GRADE guidelines: A new series of articles**. *J. Clin. Epidemiol.* 2011, 64, 380–382.

Guyatt, G.H.; Oxman, A.D.; Vist, G.; Kunz, R.; Brozek, J.; Alonso-Coello, P.; Montori, V.; Akl, E.A.; Djulbegovic, B.; Falck-Ytter, Y.; et al. **GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—Study limitations (risk of bias)**. *J. Clin. Epidemiol.* 2011, 64, 407–415.

Guyatt, G.; Oxman, A.D.; Akl, E.A.; Kunz, R.; Vist, G.; Brozek, J.; Norris, S.; Falck-Ytter, Y.; Glasziou, P.; DeBeer, H.; et al. **GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables**. *J. Clin. Epidemiol.* 2011, 64, 383–394.

Gururaj G, Isaac MK, Subbakrishna DK, Ranjani R. **Risk factors for completed suicides: a case-control study from Bangalore, India**. *Inj Control Saf Promot.* 2004;11(3):183-191. doi:10.1080/156609704/233/289706

Hayward L, Zubrick SR, Silburn S. **Blood alcohol levels in suicide cases**. *J Epidemiol Community Health.* 1992;46(3):256-260. doi:10.1136/jech.46.3.256.

Hawton K, Simkin S, Rue J, et al. **Suicide in female nurses in England and Wales**. *Psychol Med.* 2002;32(2):239-250. doi:10.1017/s0033291701005165.

Ilgen MA, Conner KR, Valenstein M, Austin K, Blow FC. **Violent and nonviolent suicide in veterans with substance-use disorders**. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.* 2010 Jul;71(4):473-479. DOI: 10.15288/jsad.2010.71.473. PMID: 20553655.

Köives K, Värnik A, Tooding LM, Wasserman D. **The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study**. *Psychol Med.* 2006;36(7):923-930. doi:10.1017/S0033291706007707

Kölves, K., Draper, B.M., Snowdon, J., Leo, D., 2017. **Alcohol-use disorders and suicide: results from a psychological autopsy study in Australia.**

Alcohol 64, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.05.005>.

Lasota D, Al-Wathinani A, Krajewski P, Mirowska-Guzel D, Goniewicz K, Hertelendy AJ, Alhazmi RA, Pawłowski W, Khorram-Manesh A, Goniewicz M. **Alcohol and the Risk of Railway Suicide.** Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 24;17(19):7003. doi: 10.3390/ijerph17197003. PMID: 32987939; PMCID: PMC7578964.

Lee H, Myung W, Lee C, et al. **Clinical epidemiology of long-term suicide risk in a nationwide population-based cohort study in South Korea.** J Psychiatr Res. 2018;100:47-55. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.01.018

Lee, J.W., Park, C.H.K., Kim, E.Y., Kim, S.H., Yoo, S.H., Ahn, Y.M., 2017. **Characteristics of completed suicide in different blood alcohol concentrations in Korea.** Forensic Sci. Int. 281, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2017.10.024>.

Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, et al. **Suicide and mental disorders: a case-control study of young men.** Am J Psychiatry. 1994;151(7):1063-1068. doi:10.1176/ajp.151.7.1063

Manoranjitham SD, Rajkumar AP, Thangadurai P, Prasad J, Jayakaran R, Jacob KS. **Risk factors for suicide in rural south India.** Br J Psychiatry. 2010;196(1):26-30. doi:10.1192/bjp.bp.108.063347

Mattisson C, Bogren M, Öjehagen A, Nordström G, Horstmann V. **Mortality in alcohol use disorder in the Lundby Community Cohort--a 50 year follow-up.** Drug Alcohol Depend. 2011;118(2-3):141-147. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.03.008.

Miziara, Ivan. (2011). Suicidal hanging in Franco da Rocha, Brazil - **A six-year prospective and retrospective study.** Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology. 5. 14-17.

Mukamal KJ, Kawachi I, Miller M, Rimm EB. **Drinking frequency and quantity and risk of suicide among men.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42(2):153-160. doi:10.1007/s00127-006-0144-1

Nakaya N, Kikuchi N, Shimazu T, et al. **Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men: the Ohsaki Study.** Alcohol. 2007;41(7):503-510. doi:10.1016/j.alcohol.2007.08.001

Park, C.H.K., Yoo, S.H., Lee, J., Cho, S.J., Shin, M.-S., Kim, E.Y., Kim, S.H., Ham, K., Ahn, Y.M., 2017. **Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods.** Compr. Psychiatry 75, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.012>.

Pavarin RM, Sanchini S, Tadonio L, Domenicali M, Caputo F, Pacetti M. **Suicide mortality risk in a cohort of individuals treated for alcohol, heroin or cocaine abuse: Results of a follow-up study.** Psychiatry Res. 2021;296:113639. doi:10.1016/j.psychres.2020.113639

Pearson K. **On the Criterion that a Given System of Deviations from the Probable in the Case of a Correlated System of Variables is Such that it Can be Reasonably Supposed to have Arisen from Random Sampling.** In: Kotz S, Johnson NL, editors. Breakthroughs in Statistics: Methodology and Distribution. New York, NY: Springer New York; 1992. p 11-28.

Pirkola S. **Alcohol and other substance misuse in suicide.** Publications of the National Public Health Institute NPHI A 14/1999. University press, Helsinki.

Polewka A, Groszek B, Trela F, et al. Samobójstwa dokonane i usiłowane w Krakowie--podobieństwa i różnice [**The completed and attempted suicide in Krakow: similarities and differences**]. Przegl Lek. 2002;59(4-5):298-303.

Politakis, V. A., Pregelj, P., Videtič Paska, A., & Zupanc, T. (2017). **Association between alcohol abuse, childhood adverse events and suicide.** Slovenian Medical Journal, 86(9–10). <https://doi.org/10.6016/zdravvestn.1510>

Pratt D, Appleby L, Piper M, Webb R, Shaw J. **Suicide in recently released prisoners: a case-control study.** *Psychol Med.* 2010;40(5):827-835. doi:10.1017/S0033291709991048.

Pridemore WA. **The impact of hazardous drinking on suicide among working-age Russian males: an individual-level analysis.** *Addiction.* 2013;108(11):1933-1941. doi:10.1111/add.12294

Qin P. **The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects.** *J Psychiatr Res.* 2011;45(11):1445-1452. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.06.002

Watts, M., 2008. **Understanding the coexistence of alcohol misuse and depression.** *Br. J. Nurs.* 17, 696–699. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.11.29614>.

Wells, G.; Shea, B.; O'Connell, D.; Peterson, J.; Welch, V.; Losos, M.; Tugwell, P. ***The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for Assessing the Quality of Nonrandomised Studies in Meta-Analyses***; The Ottawa Hospital: Ottawa, ON, Canada, 2014.

Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. **Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies.** *Drug Alcohol Depend.* 2004 Dec 7;76 Suppl:S11-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003. PMID: 15555812.

Radua J. PRISMA 2020 - **An updated checklist for systematic reviews and meta-analyses.** *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 May;124:324-325. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.02.016. Epub 2021 Feb 14. PMID: 33596413.

Rayyan. **Rayyan Systematic reviews.** 2022. Disponível em: <https://www.rayyan.ai/>. Acesso em: 1a nov. 2022.

Razvodovsky YE. **Alcohol and suicide in Belarus.** *Psychiatr Danub.* 2009;21(3):290-296.

Rhodes AE, Sinyor M, Boyle MH, et al. **Emergency Department Presentations and Youth Suicide: A Case-Control Study**. *Can J Psychiatry*. 2019;64(2):88-97. doi:10.1177/0706743718802799.

Reccord C, Power N, Hatfield K, Karaivanov Y, Mulay S, Wilson M, Pollock N. **Rural-Urban Differences in Suicide Mortality: An Observational Study in Newfoundland and Labrador, Canada**: Différences de la Mortalité Par Suicide en Milieu Rural-Urbain: Une Étude Observationnelle à Terre-Neuve et Labrador, Canada. *Can J Psychiatry*. 2021 Oct;66(10):918-928. doi: 10.1177/0706743721990315. Epub 2021 Feb 12. PMID: 33576277; PMCID: PMC8573702.

Schneider B, Georgi K, Weber B, Schnabel A, Ackermann H, Wetterling T. Risikofaktoren für Suizid bei Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen [**Risk factors for suicide in substance-related disorders**]. *Psychiatr Prax*. 2006;33(2):81-87. doi:10.1055/s-2005-866858

Schneider B, Kõlves K, Blettner M, Wetterling T, Schnabel A, Värnik A. **Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main)**. *Psychiatry Res*. 2009;165(3):263-272. doi:10.1016/j.psychres.2008.03.022

Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da saúde. Boletim Epidemiológico. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. 2021. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletimsepidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf.

Škrtić, Dražen; Milivojević, Lana; Karlović, Ruža. **Epidemiological Study of Suicide in Croatia (2004– 2009) – Motive Alcohol Dependence // Alcoholism**, 47 (2011), 1; 29-41.

STATA, 2017. **Data analysis and statistical software**, version 17.

Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> (acesso e 08 de fevereiro de 2022)

Zhang, J.; Yu, K.F. What's the relative risk? **A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes.** *J. Am. Med. Assoc.* **1998**, *280*, 1690–1691.

Zhang J, Wang C. **Factors in the neighborhood as risks of suicide in rural China: a multilevel analysis.** *Community Ment Health J.* 2012;48(5):627-633. doi:10.1007/s10597-011-9447-0

Zhu RT, Ma ZY, Jia CX, Zhou L. **Completed Suicide With Violent and Non-violent Methods by the Elderly in Rural China: A Psychological Autopsy Study.** *Front Psychiatry.* 2021;12:624398. Published 2021 Jun 15. doi:10.3389/fpsy.2021.624398

4 ARTIGO 2: FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO EXCESSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS EM VÍTIMAS DE SUICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL

RESUMO

Introdução: O suicídio é um problema importante de saúde pública mundial, e o consumo exagerado de bebidas alcoólicas ocorre com frequência nesse desfecho. Entretanto, a associação entre prováveis fatores relacionados ao consumo de álcool em vítimas de suicídio é pouco investigada.

Objetivo: Verificar os níveis de consumo de bebidas alcoólicas entre vítimas de suicídio no Distrito Federal (DF) no período de 2009 a 2019 e fatores associados.

Método: Estudo transversal com óbitos por suicídio no DF entre 2009 e 2019. Foram coletadas informações sobre uso de substâncias, dados de necropsias e características sociodemográficas das vítimas. Uma equipe treinada avaliou todos os casos para determinar os fatores associados ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas. A concentração de álcool no sangue foi usada para definir as categorias do desfecho. A análise de regressão logística foi aplicada para calcular a medida de associação Odds Ratio bruta e ajustada com respectivos intervalos de confiança.

Resultados: Os dados relativos aos óbitos foram colhidos em um banco de dados com 1181 suicídios. Ser do sexo masculino, ter a cor preta e parda e ter um emprego foram os fatores de forte associação com a concentração mais elevada de etanol no sangue das vítimas ($\geq 2.51\text{g/L}$). Outros fatores mostraram associação um pouco menor ($\text{OR} < 3.72$): ser solteiro ou separado ou viúvo, ter cocaína ou maconha identificadas no exame toxicológico e ter escolaridade superior a 8 anos de estudos.

Conclusão: O consumo exagerado de álcool foi associado como fator de risco para suicídio. Dessa forma, o público vulnerável, carece de políticas públicas mais difundidas, que permita educação continuada aos profissionais de saúde e proporcionem atenção especializada para um acolhimento adequado, em prol da redução da mortalidade por suicídio.

Descritores: Suicídio; Consumo de álcool; Teor de álcool no sangue.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is an important public health problem worldwide, and the exaggerated consumption of alcoholic beverages frequently occurs in this outcome. However, the association between probable factors related to alcohol consumption in suicide victims is little investigated.

Objective: To verify the levels of alcohol consumption among suicide victims in the Federal District (DF) from 2009 to 2019 and associated factors.

Method: Cross-sectional study with cases of death by suicide in the DF between 2009 and 2019. Information on drug use, necropsy data and sociodemographic characteristics of the victims were collected. A trained team evaluated all cases to determine factors associated with binge drinking. Blood alcohol concentration was used to define outcome categories. Logistic regression analysis was applied to calculate the crude and adjusted Odds Ratio measure of association with respective confidence intervals.

Results: Data related to deaths were collected from a database with 1181 suicides. Being male, being black or brown and having a job were the factors that were strongly associated with the highest concentration of ethanol in the victims' blood ($\geq 2.51\text{g/L}$). Other factors showed a slightly lower association ($\text{OR} < 3.72$): being single or separated or widowed, having cocaine and/or marijuana identified in the drug test and having more than 8 years of schooling.

Conclusion: Excessive alcohol consumption was associated as a risk factor for suicide. In this way, the vulnerable public lacks more widespread public policies that allows continuing education for health professionals and provide specialized care for an adequate reception, in order to reduce mortality from suicide.

Keywords: Suicide; Alcohol consumption; Blood alcohol content.

4.3 INTRODUÇÃO

Mundialmente, a cada ano ocorrem cerca de 703.000 suicídios (OMS, 2021), sendo considerado uma das principais causas de morte. (OMS, 2021). Estudos sobre suicídio são importantes para expressar a magnitude do problema e identificar preditores da causa externa, uma vez que os países com menos recurso financeiro acomodam 79% dos óbitos por suicídio (Anjos et al., 2021)

O autoextermínio sob a influência de etanol e outras substâncias psicoativas são responsáveis por 25-50% de todos os suicídios (Veisani et al., 2017; Park et al., 2018). E o risco para pessoas com dependência de álcool é 60-120 vezes maior com relação a população considerada sem transtornos mentais (Wojnar et al., 2009). Ademais, o consumo de bebida alcoólica é responsável por 3,3 milhões de mortes por ano no mundo e é um dos cinco principais fatores de risco para mortalidade prematura (Lim et al., 2012).

Nesse contexto, pesquisas demonstram uma relação positiva entre o abuso de álcool e o suicídio (Pridemore, 2013) e taxas de suicídio em algumas nações (Pridemore, 2006; Rossow e Norström, 2013). Além disso, alguns estudos demonstraram que grande parcela das vítimas usou outras substâncias, no período que precede o ato, tais como: cannabis, cocaína e benzodiazepínicos (Castellanos et al., 2016; Conner et al., 2017; Wiener et al., 2017).

Em vista disso, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e outras substâncias por vítimas de suicídio ocorre com frequência (Lee et al., 2017; Park et al., 2017). Contudo, existem poucos estudos sobre essa temática no âmbito do Distrito Federal (Anjos et al, 2021). Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi verificar os níveis de consumo de bebidas alcoólicas entre vítimas de suicídio no Distrito Federal (DF) no período de 2009 a 2019 e fatores associados.

4.4 MÉTODO

4.4.1 Desenho do Estudo

Esse é um artigo observacional do tipo transversal.

4.4.2 População e Amostra

A pesquisa foi realizada na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Esta unidade federativa brasileira possui uma área territorial de 5.760,784 km² (BRASIL, 2020). No ano de 2019, a composição da população era de 3.015.268 habitantes e o número total de óbitos foi de 15.416 (Brasil, 2020). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fundação Ensino e Pesquisa, CAAE: 13796319.6.0000.5553, em Ciências da Saúde e pelas Leis Brasileiras de Aspectos Éticos 466/2012 e 580/2018.

4.4.3 Critérios de Elegibilidade

Devido à pandemia emergencial do COVID 19, com casos de óbitos no Distrito Federal - Brasil, inicialmente, em 2020, período em que os processos e fluxos de trabalho foram alterados em função das medidas de saúde pública instituídas pelo Ministério da Saúde - MS e da Organização Mundial de saúde - OMS, este estudo se limita até o ano de 2019. Portanto, todos os indivíduos que foram a óbito entre 1º de janeiro de 2009 e 31 de dezembro de 2019 por suicídio, registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Nacional de Dados do Serviço de Saúde (DATASUS). Óbitos que não apresentaram registros acerca do exame toxicológico foram excluídos da pesquisa.

4.4.4 Fonte de Dados

As informações acerca do óbito foram coletadas das seguintes fontes: 1) SIM; 2) Declaração de Óbito; 3) Formulário de investigação de óbito; 4) Laudos periciais do Departamento de Polícia Técnica da Polícia Civil emitidos pelo Instituto de Medicina Legal do Distrito Federal.

4.4.5 Coleta de Dados

Foi realizado um checklist semanal dos óbitos lançados no SIM sobre suicídio ou casos suspeitos, para verificar se alguma Declaração de Óbito atendia aos critérios de elegibilidade. Após essa avaliação inicial, a equipe de pesquisa solicitou para Polícia Civil do Distrito Federal acesso aos laudos relacionados com o suicídio. De forma independente, os pesquisadores avaliaram a presença das exposições e desfecho investigados. Essa análise ocorreu na sede da Polícia Civil, uma vez que os dados são sigilosos e compõem o sistema de acesso exclusivo da polícia.

Na coleta de dados, na sede da Polícia Civil, foram verificadas informações para avaliação dos óbitos. A ficha de investigação e laudos da polícia técnica foram avaliados pelos pesquisadores, previamente treinados, com dupla checagem, conforme o instrumento de investigação para definição de causa básica e determinantes sociais. A privacidade, o sigilo e o anonimato das informações fornecidas foram mantidos durante todas as fases.

4.4.6 Variáveis

4.4.6.1 Variável Dependente

O consumo de álcool foi definido de acordo com os resultados positivos para presença de: bebida alcoólica ($\geq 0,5$ g/L), conforme preconizado por estudos prévios (Dubowski, 1980; Ferrari et al., 2018). No período de 6 a 12 horas, após o óbito, análises laboratoriais foram realizadas com um volume de sangue de 50ml, coletado das cavidades (átrios) cardíacas, das vítimas de suicídio (Modelli; Pratesi; Tauil,

2008). O nível de consumo foi classificado em baixo (0,51 g/dl a 0,80 g/dl), moderada (0,81 g/dl a 1,5 g/dl) e elevado (>1,5 g/dl) (Dubowski, 1980; Ferrari et al, 2018).

4.4.6.2 Variáveis Independentes

Foram analisadas as seguintes variáveis: 1) Características sociodemográficas: idade (em anos); gênero (feminino ou masculino); raça/cor (amarela, branca, indígena, parda e preta); situação conjugal (casado, separado, solteiro e viúvo); anos de estudo (< 8 anos ou ≥ 8 anos de estudo); situação de emprego (Empregado / Aposentado / Pensionista e Desempregado / Estudante) ; Assistência médica (sim ou não) 2) Dados relacionados ao evento do suicídio: local de ocorrência do óbito (clínica de reabilitação, estabelecimento comercial, órgão público, domicílio/residência, via pública, presídio e outros) ; histórico de tentativa de suicídio (sim ou não); método de suicídio (autointoxicação, afogamento, projeção, arma de fogo, queimadura/incêndio, enforcamento, impacto por veículo, objeto contundente, arma branca e meios não especificados).

4.4.7 Análise dos Dados

A análise descritiva foi composta por números absolutos e percentuais para todas as variáveis categóricas. Medidas de tendência central foram empregadas para os dados quantitativos. Para as informações agrupadas, conforme os níveis de consumo de álcool, foram aplicados os testes qui-quadrado (Pearson, 1992) ou exato de Fisher (Fisher, 1922), com nível de significância de 5%. Por fim, a regressão logística foi utilizada para mensurar os fatores associados com o desfecho, por meio da estimativa de Odds Ratio e o respectivo intervalo de confiança a 95%, nos modelos bruto e ajustado. Ao final, a qualidade do modelo foi mensurada por meio do teste de Hosmer e Lemeshow. A análise estatística foi processada no STATA®, versão 16 e apresentada em forma de tabelas.

4.5 RESULTADOS

Os achados encontrados nesta pesquisa foram coletados em um banco de dados com informações relativas a 1181 vítimas de suicídio, que passaram pelo exame de concentração de etanol no sangue, após o óbito. A idade média foi 37,8 anos (desvio padrão (DV): $\pm 15,9$ anos), a mediana de 35 anos, com a faixa etária de 12 a 99 anos. Ainda, jovens e adultos, homens, pretos e pardos, indivíduos sem companheiro, com escolaridade superior a 8 anos de estudo e empregados apresentaram maior frequência de suicídio de 2009 a 2019 (tabela1).

Com relação ao local de ocorrência dos suicídios, a maioria foi na residência e por enforcamento (Tabela 2). Em 70,42% dos suicídios, não foi identificada a presença de álcool e naqueles em que houve identificação positiva, a maior frequência ocorreu entre os níveis 0.5 a 1.5 g/L (tabela 2). Ademais, quanto à concentração de etanol no sangue, a média foi de 1.4g/L (DP ± 0.9 g/l), a mediana de 1.2 g/L, mínimo de 0.06 g/L e máximo de 4.7 g/L (Tabela 2). Além disso, substâncias lícitas e ilícitas foram apontadas no exame laboratorial, com maiores frequências para álcool (29.64 %), cocaína (16.29%) e maconha (7.96%) (Tabela 3).

No que concerne aos fatores associados à concentração de etanol no sangue presente nas vítimas de suicídio (Tabela 4), as variáveis investigadas apresentaram, em grande parte, maior proporção entre os níveis 0.5 a 1.5 g/L, em seguida entre os níveis 1.51 a 2.5 g/L. Com relação à medida de associação, ter menos de 60 anos, ser do sexo masculino e ser da raça preta e parda foram associadas à maior concentração de etanol (≥ 2.51 g/L).

Dessa forma, os homens têm uma chance aproximadamente 4 vezes maior de ter a concentração mais elevada de álcool (≥ 2.51 g/L) entre as vítimas de suicídio (OR: 4.03). E ser da raça preta e parda representa uma chance 3.79 vezes maior de ter a concentração mais elevada de álcool (≥ 2.51 g/L) nesse desfecho. Além disso, ter a presença de cocaína representa uma chance 3.56 vezes maior, também presente na concentração de ≥ 2.51 g/L (tabela 4).

Ademais, no modelo ajustado pelas variáveis idade e sexo: exercer uma atividade profissional ou ser pensionista ou aposentado, estar solteiro ou separado ou viúvo e ter a presença de maconha no exame toxicológico também apresentaram

maiores chances de estar com a concentração de etanol no sangue mais elevada ($\geq 2.51\text{g/L}$) (tabela 4). A qualidade do modelo ajustado foi considerada boa, com valores de $p > 0,10$.

Tabela 1. Número (n) e percentual (%) das características sociodemográficas relacionadas às vítimas de suicídio, Distrito Federal, 2009-2019 (n=1181).

Variável	N	%
Faixa Etária		
12 a 59 anos	1053	89.1
≥ 60 anos	128	10.8
Sexo		
Feminino	276	23.9
Masculino	905	76.6
Raça / Cor		
Outra	412	34.8
Preta / Parda	769	65.1
Estado Civil		
Casado / União Estável	290	24.5
Solteiro / Separado / Viúvo	891	75.4
Escolaridade em anos de estudo		
< 8 anos	520	44.0
≥ 8 anos	661	55.9
Situação de Emprego		
Empregado / Aposentado / Pensionista	924	78.2
Desempregado / Estudante	257	21.7

Tabela 2. Número (n) e percentual (%) das informações sobre o local da morte, assistência médica, droga usada, tentativas de suicídio anteriores e método, relacionados às vítimas de suicídio, Distrito Federal, 2009-2019 (n=1181).

Variável	N	%
Local do óbito		
Outros	227	19.2
Residência	788	66.7
Via Pública	166	14.0
Assistência médica		
Sim	458	38.8

Não	721	64.1
Concentração de etanol no sangue		
0	831	70.4
0.01 a 0.49	66	5.5
0.5 a 1.5	157	13.3
1.51 a 2.5	88	7.7
> ou = 2.51	39	3.3
Álcool e outras substâncias		
Somente Álcool	108	9.1
Álcool e outras substâncias	140	11.8
Não consumiu nenhuma substância	16	1.3
Tentativas de Suicídio anteriores		
Sim	161	13.6
Não	108	9.1
Método de suicídio		
Afogamento	11	0.9
Arma Branca	15	1.3
Arma de Fogo	121	10.8
Choque elétrico	2	0.1
Enforcamento	651	58.1
Impacto por veículo	16	1.4
Autointoxicação	162	14.4
Projeção	102	9.1
Queimadura / Incêndio	39	3.4

Tabela 3. Número (n) e percentual (%) de substâncias usadas por vítimas de suicídio avaliados utilizando o exame toxicológico, Distrito Federal, 2009-2019 (n = 1181).

Substâncias	N	%
Álcool	350	29.6
Anfetamina	15	1.2
Barbitúrico	12	1.0
Benzodiazepínicos	20	1.7
Cocaína	166	14.0
Maconha	81	6.8
MDMA ou Ecstasy	5	0.4
Metanfetamina	13	1.1
Opiáceo	10	0.8
TCA ou Antidepressivo Tricíclico	18	1.5
Veneno (Inseticida e Raticida)	19	1.6

Tabela 4. Número (n) e percentual (%), Odds Ratio (OR) e Intervalos de Confiança de 95% ajustados por sexo e idade das características sociodemográficas e Substâncias com concentração de etanol no sangue, Distrito Federal, 2009 -2019 (n = 1181).

Variável	Concentração de Etanol no Sangue (g/l), n (%)					Odds Ratio (OR) - Concentração de Etanol no Sangue				Intervalo de Confiança 95%			
	0	0.01 a 0.49	0.5 a 1.5	1.51 a 2.5	≥ 2.51	0.01 a 0.49	0.5 a 1.5	1.51 a 2.5	≥ 2.51	0.01 a 0.49	0.5 a 1.5	1.51 a 2.5	≥ 2.51
Faixa Etária													
12 a 59 anos	726 (69.01)	57 (5.42)	147 (13.97)	84 (7.98)	38 (3.61)	1.56	1.85	2.81	4.07	(1.11 - 2.00)	(1.39 - 2.29)	(2.35 - 3.28)	(3.54 - 4.61)
≥ 60 anos	105 (82.03)	8 (6.25)	10 (7.81)	4 (3.13)	1 (0.78)								
Sexo													
Masculino	607 (67.07)	51 (5.64)	133 (14.70)	78 (8.62)	36 (3.98)	1.51	1.78	2.76	4.03	(1.20 - 1.81)	(1.49 - 2.10)	(2.44 - 3.10)	(3.60 - 4.46)
Feminino	224 (81.45)	14 (5.09)	24 (8.73)	10 (3.64)	3 (1.09)								
Raça													
Preta e Parda	510 (66.32)	49 (6.37)	115 (14.95)	66 (8.58)	29 (3.77)	1.26	1.54	2.52	3.79	(1.03 - 1.50)	(1.30 - 1.78)	(2.24 - 2.79)	(3.40 - 4.16)
Outra	321 (78.10)	16 (3.89)	42 (10.22)	22 (5.35)	10 (2.43)								
Estado Civil													
Solteiro / Separado / Viúvo	615 (69.10)	48 (5.39)	127 (14.27)	72 (8.09)	28 (3.15)	1.07	1.35	2.33	3.58	(0.80 - 1.33)	(1.08 - 1.61)	(2.02 - 2.61)	(3.19 - 3.97)
Casado / União Estável	216 (74.48)	17 (5.86)	30 (10.34)	16 (5.52)	11 (3.79)								
Escolaridade em anos de Estudo													
≥ 8 anos	462 (69.89)	44 (6.66)	85 (12.86)	49 (7.41)	21 (3.18)	0.89	1.17	2.13	3.39	(0.69 - 1.08)	(0.96 - 1.36)	(1.90 - 2.36)	(3.05 - 3.74)
< 8 anos	369 (71.10)	21 (4.05)	72 (13.87)	39 (7.51)	18 (3.47)								
Situação de Emprego													
Empregado / Aposentado / Pensionista	634 (68.61)	52 (5.63)	136 (14.72)	66 (7.14)	36 (3.90)	1.19	1.49	2.45	3.72	(0.90 - 1.49)	(1.18 - 1.77)	(2.12 - 2.78)	(3.30 - 4.13)

4.6 DISCUSSÃO

Em síntese, as principais conclusões expressaram a existência de fatores positivamente associados ao consumo e à concentração mais elevada de etanol no sangue entre as vítimas de suicídio: ser do sexo masculino, ser das raças preta e parda, não ter companheiro, ter a presença de cocaína no exame toxicológico, possuir uma atividade profissional ou ser aposentado ou pensionista, ter mais de 8 anos de estudo, a presença de maconha no exame toxicológico, em ordem decrescente de força de associação.

De acordo com pesquisas prévias, a concentração de etanol foi positiva, principalmente nos níveis mais moderados, variando entre 1.5 e 2.99g de álcool por litro de sangue (Gomes et al., 2022; Chong et al., 2020; Kolves et al., 2017; Bosnjakovic-Pavlovic et al., 2015). Essa dosagem de álcool pode causar efeitos psicoativos, como: alterações de humor, desorientação, confusão mental, estado emocional exagerado (medo, aborrecimento ou angústia), que motivam atitudes inconsequentes e podem produzir um estado temporário de infelicidade (Watts, 2008). Em contrapeso, pode produzir sensações passageiras de prazer, podendo também mascarar sinais e sintomas de depressão (Darvishi et al., 2015).

Socialmente, o consumo exacerbado de bebidas alcoólicas é mais considerável entre jovens e adultos do sexo masculino (Pfeifer et al., 2017; Silva et al., 2019; Chong et al., 2020). As fundamentações para esses dados, são baseadas em costumes e crenças, que visam enaltecer determinados comportamentos que reafirmam a masculinidade, como a ação de ingerir quantidades excessivas de álcool, o que pode significar um considerável risco para a saúde. No ato do suicídio, o elevado consumo de substâncias psicoativas, pode intensificar a ação violenta empregada para o autoextermínio, com a execução de métodos mais eficazes para sua concretização na população do sexo masculino (Lee et al., 2017; Ribeiro et al., 2016).

Ademais, divergente desta pesquisa, quando comparadas aos homens, as mulheres apresentam maior tendência à intoxicação alcoólica com níveis mais altos (> 2.99g de álcool por litro de sangue) antes do suicídio (Lee et al., 2017; Chong et al., 2020). No entanto, em concordância com esta pesquisa, outros estudos, afirmam a associação positiva do uso de cocaína somado ao consumo de álcool em vítimas de suicídio (Abdalla et al., 2019; Conner et al., 2017). Estudos prévios identificaram concordância no uso de antidepressivos e/ou

maconha agregados à ingestão de bebidas alcoólicas de forma exorbitante (Castellanos et al., 2016; Park et al., 2017).

Essa combinação, do etanol com outras substâncias, pode elevar a gravidade do método utilizado para suicídio, o tornando mais letal (Gomes et al., 2022; Abreu et al., 2022). Além disso, as bebidas alcoólicas são frequentemente utilizadas com o intuito de aliviar sintomas depressivos e a cocaína, por exemplo, associada ao álcool, tem a capacidade de intensificar efeitos no organismo, de forma a encorajar o indivíduo que pondera o ato suicida (Conner et al., 2017).

Com relação às associações positivas das variáveis de solteiro ou separado ou viúvo, empregados ou aposentados ou pensionistas e raças preta e parda com o consumo de etanol, encontrada nesta investigação, corroboram com outras pesquisas pregressas (Arias et al., 2016; Wiener et al., 2017). Porém, estudos efetuados em outros países demonstram divergências. Na investigação de Kolves, executada na Austrália, indivíduos casados e desempregados formaram o grupo de risco para consumo de álcool antes do suicídio (Kolves et al., 2017). E na pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, por Castellanos, pessoas de raça branca tendem a usar substâncias psicoativas antes do suicídio em detrimento às pessoas de outras raças (Castellanos et al., 2016). Por essa razão, mais pesquisas são necessárias para melhor caracterização dessas informações.

Neste estudo, as informações das tentativas de suicídio foram retiradas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, tais dados são registrados nas unidades de saúde do Distrito Federal, porém, a maioria das tentativas não foi notificada no sistema, sendo considerada uma limitação neste estudo, o que acarreta subnotificação, que pode ser fundamentado pelo baixo percentual deste agravo no sistema. Essa circunstância revela que os profissionais de saúde necessitam de uma compreensão maior a respeito da notificação compulsória no combate ao suicídio.

O exame laboratorial que determina o nível de etanol no sangue da vítima de suicídio, é muito preciso e capaz de definir a quantidade do composto orgânico no momento da coleta, porém o tempo entre beber e coletar a amostra pode afetar os resultados, já que não é possível mensurar a quantidade de bebida alcoólica ingerida, pois a vítima pode ter passado um período longo consumindo álcool até o momento da coleta do sangue. Sendo assim,

nessa pesquisa, os dados referentes ao exame toxicológico, são necessariamente, colhidos no período entre 6 a 12 horas após a morte, evidenciando a presença do álcool no organismo (Andresen-Streichert et al., 2018). Apesar disso, ainda de acordo com estudo prévio, pessoas acometidas pelo diabetes ou que possuem níveis de cetonas altas no sangue ou que tomaram medicamentos para tosse ou suplementos à base de ervas, podem apresentar alteração no resultado do teste de álcool. Ainda assim, o teste de álcool no sangue é o mais eficaz dentre os testes químicos, em virtude de sua precisão em determinar, inclusive o nível de etanol no sangue, ser muito alta (Andresen-Streichert et al., 2018).

Uma das fortalezas desta pesquisa, esteve presente na etapa de investigação das informações primárias, que foi realizada por uma equipe treinada, que analisou os relatórios dos boletins de ocorrência da Polícia Civil do Distrito Federal, com detalhes dos casos de suicídio. Ainda, foi utilizado um formulário padronizado por dois pesquisadores independentes, com a finalidade de reduzir a possível seleção e vieses de medição. Além disso, todos os casos de suicídio, ocorridos entre 2009 e 2019 foram incluídos, inclusive, todos residentes do Distrito Federal, portanto, as perdas não impactaram nos resultados. Posteriormente, o intervalo de confiança da população foi estimado para verificar a acurácia das medidas de associação (Kass, 2011). Na tentativa de minimizar a possibilidade de viés de confusão, foi realizada uma análise múltipla de dados com o uso do sexo e idade como variáveis confundidoras em todos os modelos ajustados.

O suicídio é um ato que não pode ser revertido, portanto, os fatores sociodemográficos que antecedem o óbito, garantem a temporalidade dos eventos, considerando a relação de exposição e desfecho (consumo de bebida alcoólica) na conjuntura desta pesquisa transversal. Entrementes, a determinação da presença de etanol, ocorreu por exame laboratorial, dentro de 12h após o óbito, mediante a coleta de amostras de sangue por médicos legistas, o que evitou a ocorrência de falso-positivos relativos ao uso de medicamentos, em virtude da aplicação de técnicas rigorosas para análise laboratorial.

Um dos objetivos do desenvolvimento sustentável é a redução da taxa de mortalidade por suicídio (Brasil, 2022). Para tanto, o aprimoramento da qualidade da notificação das tentativas de suicídios e o registro apropriado dos óbitos são pontos fundamentais que compõem as estratégias de ações de prevenção ao suicídio (Brasil, 2022). Desse modo, os dados averiguados nesta investigação, podem auxiliar na tomada de decisões voltadas para

o investimento em saúde pública para combater o suicídio e o consumo de substâncias, assim como, aprimorar condutas de educação continuada para os profissionais de saúde que apoiam as pessoas propensas ao ato suicida, além de auxiliar na elaboração de estratégias de prevenção projetadas para os subgrupos de pessoas com alto risco de suicídio.

4.7 CONCLUSÃO

Desse modo, os fatores socioeconômicos e demográficos foram associados ao consumo e aos níveis de álcool presentes no sangue da vítima de suicídio. Os resultados desta investigação, evidenciam um importante problema de saúde pública, inserido na relação entre consumo de substâncias lícitas e ilícitas e suicídio. Portanto, medidas políticas de saúde pública são importantes para combater essa fatalidade.

Financiamento

A pesquisa foi financiada pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob Termo de Outorga com registro 04/2019.

4.8 REFERÊNCIAS

Abdalla, R.R., Miguel, A.C., Brietzke, E., Caetano, R., Laranjeira, R., Madruga, C.S., 2019. **Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS)**. *Braz. J. Psychiatry* 41, 437–440. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0054>.

Abreu LCC, Conceição SdS, Carvalho DSBd, Machado AC, Lyrio AO, Souza ES, Souza CS, Matos PJdSd, Batista JET, Gomes JdA, Hintz AM, Pereira PPdS, Cruz SSd, Gomes-Filho IS, Figueiredo ACMG. **Factors Associated with Cocaine Consumption among Suicide Victim**. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(21):14309. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114309>

Andresen-Streichert, H., Müller, A., Glahn, A., Skopp, G., Sterneck, M., 2018. **Alcohol biomarkers in clinical and forensic contexts**. Dtsch. Arzteblatt Int. 115, 309–315. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0309>.

Anjos TGD, Carvalho DSB, Machado AC, Carvalho MDSL, Lyrio AO, Souza ES, Gomes JA, Hintz AM, Cruz SSD, Gomes-Filho IS, Figueiredo ACMG, Pereira MG. **Associated factors to abusive alcoholic beverage consumption in suicide victims**. Drug Alcohol Depend. 2021 Apr 1;221:108613. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2021.108613. Epub 2021 Feb 16. PMID: 33662671

Arias, S.A., Dumas, O., Sullivan, A.F., Boudreaux, E.D., Miller, I., Camargo Jr., C.A., 2016. **Substance use as a mediator of the association between demographics, suicide attempt history, and future suicide attempts in emergency department patients**. Crisis 37, 385–391. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000380>.

Bohnert KM, Ilgen MA, Louzon S, McCarthy JF, Katz IR. **Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration**. Addiction. 2017;112(7):1193-1201. doi:10.1111/add.13774

Brasil, IBGE, 2019. **IBGE | Brasil em síntese | população | taxas brutas de natalidade**. URL <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade.html> (acessado 07.03.22).

Brasil, **IBGE. Brasília (DF) | Cidades e Estados | IBGE [WWW Document]**. URL <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/df/brasil.html> (acessado 07.03.22).

Brasil, **DATASUS, TabNet 3.0: Óbitos por Causas Externas - Distrito Federal**. URL <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10df.def> (acessado 07.03.22).

BRASIL. **Plataforma Agenda 2030**. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 02/03/2022.

Bosnjakovic-Pavlovic, N., Stefanovic, M., Anic, S., Adnadjevic, B., Jelacic, M., Lukic, V., Uskokovic-Markovic, S., 2015. **Prevalence of post-mortem blood alcohol concentration among deaths in Serbia during 2011**. Nauk. bezbednost, Polic. 161–171. <https://doi.org/10.5937/nbp1401161b>.

Castellanos, D., Kosoy, J.E., Ayllon, K.D., Acuna, J., 2016. **Presence of Alcohol and Drugs in Hispanic Versus Non-Hispanic Youth Suicide Victims in Miami-Dade County, Florida.** *J. Immigr. Minor. Health* 18, 1024–1031. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0418-y>

Chong DG, Buckley NA, Schumann JL, Chitty KM. **Acute alcohol use in Australian coronial suicide cases, 2010-2015.** *Drug Alcohol Depend.* 2020 Jul 1;212:108066. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108066. Epub 2020 May 15. PMID: 32473536.

Conner, K.R., Lathrop, S., Caetano, R., Wiegand, T., Kaukeinen, K., Nolte, K.B., 2017. **Presence of Alcohol, Cocaine, and Other Drugs in Suicide and Motor Vehicle Crash Decedents Ages 18 to 54.** *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 41, 571–575. <https://doi.org/10.1111/acer.13320>

Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., Poorolajal, J., 2015. **Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis.** *PLoS One* 10, e0126870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>.

Dubowski, K.M., 1980. **Alcohol determination in the clinical laboratory.** *Am. J. Clin. Pathol.* 74, 747–750. <https://doi.org/10.1093/ajcp/74.5.747>.

Ferrari D, Manca M, Banfi G, Locatelli M. **Alcohol and illicit drugs in drivers involved in road traffic crashes in the Milan area. A comparison with normal traffic reveals the possible inadequacy of current cut-off limits.** *Forensic Sci Int.* 2018;282:127–32

Fisher RA. **On the interpretation of χ^2 from contingency tables, and the calculation of P.** *Journal of the Royal Statistical Society* 1922;85(1):87-94.

Gomes, J.d.A., de Souza, D.M., Oliveira, K.D. *et al.* **Psychoactive substances use before suicide: detailed analysis of all cases that occurred in the Brazilian Federal District in a 10-years period.** *BMC Psychiatry* 22, 467 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04082-z>.

Hayward L, Zubrick SR, Silburn S. **Blood alcohol levels in suicide cases.** *J Epidemiol Community Health.* 1992;46(3):256-260. doi:10.1136/jech.46.3.256

Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, Nolte KB. **Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death**

Reporting System. Inj Prev. 2013 Feb;19(1):38-43. doi: 10.1136/injuryprev-2012-040317. Epub 2012 May 24. PMID: 22627777; PMCID: PMC3760342.

Kass, R.E., 2011. **Statistical inference: the big picture.** Stat. Sci. 26, 1–9. <https://doi.org/10.1214/10-STS337>.

Kolves, K., Draper, B.M., Snowdon, J., Leo, D., 2017. **Alcohol-use disorders and suicide: results from a psychological autopsy study in Australia.** Alcohol 64, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.05.005>.

Lee, J.W., Park, C.H.K., Kim, E.Y., Kim, S.H., Yoo, S.H., Ahn, Y.M., 2017. **Characteristics of completed suicide in different blood alcohol concentrations in Korea.** Forensic Sci. Int. 281, 37–43. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2017.10.024>

Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., 2012. **A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.** Lancet 380, 2224–2260.

McCULLAGH P, NELDER JA. McCULLAGH, P.; NELDER, J. A. 2 ed. ed: Flórida, EUA: Chapman & Hall; 1989.

Modelli MEdS, Pratesi R, Tauil PL. **Alcoolemia em vítimas fatais de acidentes de trânsito no Distrito Federal, Brasil.** Revista de Saúde Pública 2008;42:350-352.

Newcastle-Ottawa. - **Ottawa Quality Assessment Scale Case Control Studies.** 2022. Disponível em: https://www.ohri.ca//programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

Newcastle-Ottawa. - **Ottawa Quality Assessment Scale Cohort Studies.** 2022. Disponível em: https://www.ohri.ca//programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997

Park S, Lee Y, Youn T et al. (2018) **Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters.** *BMC Public Health* 18:477.

Pearson K. **On the Criterion that a Given System of Deviations from the Probable in the Case of a Correlated System of Variables is Such that it Can be Reasonably Supposed to have Arisen from Random Sampling.** In: Kotz S, Johnson NL, editors. *Breakthroughs in Statistics: Methodology and Distribution*. New York, NY: Springer New York; 1992. p 11-28.

Pfeifer P, Bartsch C, Hemmer A, Reisch T. **Acute and chronic alcohol use correlated with methods of suicide in a Swiss national sample.** *Drug Alcohol Depend.* 2017 Sep 1;178:75-79. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.05.009. Epub 2017 Jun 16. PMID: 28645062.

Pridemore WA. **Heavy Drinking and Suicide in Russia.** *Soc Forces.* 2006;85(1):413-430. doi:10.1353/sof.2006.0138

Pridemore WA. **The impact of hazardous drinking on suicide among working-age Russian males: an individual-level analysis.** *Addiction.* 2013;108(11):1933-1941. doi:10.1111/add.12294

Rosow I, Norström T. **The use of epidemiology in alcohol research.** *Addiction.* 2013;108(1):20-25. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04031.x

Ribeiro, D.B., Terra, M.G., Soccol, K.L.S., Schneider, J.F., Camillo, L.A., Plein, F.Ados S., 2016. **Reasons for attempting suicide among men who use alcohol and other drugs.** *Rev. Gaúcha Enferm.* 37 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896>.

Sheehan CM, Rogers RG, Boardman JD. **Post-mortem presence of drugs and method of violent suicide.** *J Drug Issues.* 2015;45(3):249–62. <https://doi.org/10.1177/0022042615580988>.

Silva, T.S., Christino, J.M.M., Moura, L.R.C., Morais, V.H.Fde, Silva, T.S., Christino, J.M.M., Moura, L.R.C., Morais, V.H.Fde, 2019. **Gender and alcohol consumption among young people: evaluation and validation of the conformity to masculine norms inventory.** *Ciênc. Amp Saúde Coletiva* 24, 3495–3506. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.23952017>.

Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> (acesso em 08 de fevereiro de 2022)

Veisani Y, Mohamadian F, Delpisheh A. **Prevalence and comorbidity of common mental disorders and associations with suicidal ideation in the adult population.** *Epidemiol Health.* 2017;39:e2017031. Published 2017 Jul 22. doi:10.4178/epih.e2017031

Watts, M., 2008. **Understanding the coexistence of alcohol misuse and depression.** *Br. J. Nurs.* 17, 696–699. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.11.29614>.

Wiener CD, Moreira FP, Zago A, et al. **Mood disorder, anxiety, and suicide risk among subjects with alcohol abuse and/or dependence: a population-based study.** *Braz J Psychiatry.* 2018;40(1):1-5. doi:10.1590/1516-4446-2016-2170

Wojnar M, Ilgen MA, Czyz E, et al. **Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence.** *J Affect Disord.* 2009;115(1-2):131-139. doi:10.1016/j.jad.2008.09.001

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da relação entre consumo exagerado de bebida alcoólica e suicídio é um tema muito importante para a saúde coletiva, para a ciência e para a sociedade em si, visto que esta fatalidade apresenta grande ocorrência mundial, capaz de atingir, principalmente adultos jovens, levando a uma interrupção precoce da vida, por isso, a necessidade do desenvolvimento de estratégias sólidas para seu enfrentamento. Assim, esta pesquisa analisa os fatores associados ao consumo abusivo de bebida alcoólica em óbitos por suicídio e formata um contexto considerável a respeito do perfil dos indivíduos mais vulneráveis ao ato suicida, logo viabiliza informações que são preciosas para aprimoramento e formulação de meios para conduzir os profissionais de saúde, principalmente àqueles que lidam de frente com essa problemática, desde a saúde primária até a emergencial.

Portanto, um plano de fortalecimento da prevenção ao suicídio pode ser o ponto chave para redução desse evento e um dos tópicos pode estar atrelado ao consumo excessivo de álcool e de outras substâncias ilícitas, por isso, no tratamento do público vulnerável ao suicídio, é importante uma boa anamnese, para identificação e condução da abordagem mais específica o possível para cada caso. Para tanto, são necessárias políticas públicas que fortaleçam a rede de assistência, principalmente nas regiões onde existem mais casos, assim como, uma educação contínua dos profissionais de saúde, que muitas vezes são o primeiro contato desses indivíduos. Nesse sentido, novos estudos são essenciais para o refinamento dos contextos que envolvem essa adversidade.

6 REFERÊNCIAS

Ajdacic-Gross, V.; Weiss, M.G.; Ring, M.; et al. **Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database.** *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726-732. doi:10.2471/blt.07.043489

Alves, K. E. S. et al. **Conceito e Aspectos Históricos do suicídio.** In: Anais do XII Encontro de Iniciação Científica e Extensão da Estácio Amazônia. Anais...Boa Vista(RR) Estácio da Amazônia, 2020. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/XIIEICEA/296703-CONCEITO-E--ASPECTOS-HISTORICOS-DO-SUICIDIO>>. Acesso em: 06/03/2022 19:38

Botega, José (1 de setembro de 2015). **Crise Suicida.** [S.l.]: Artmed Editora. p. 19. ISBN 978-85-8271-238-2

Bottino, S.M.; Bottino, C.M.; Regina, C.G., Correia AV, Ribeiro WS. **Cyberbullying and adolescent mental health: systematic review.** *Cad Saude Publica.* 2015;31(3):463-475. doi:10.1590/0102-311x00036114

BRASIL, M. D. S. S. D. A. À. S. D. D. A. P. E. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil : 2017 a 2020.** Brasília : Ministério da Saúde, 2017 2017.

BRASIL, **Prevenção do Suicídio**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/prevencao-do-suicidio>>. Acesso em: 08/09/2022.

BRASIL, N. U. D. **Um suicídio ocorre a cada 40 segundos no mundo, diz OMS**. 2019-09-09 2019

BRASIL. **Plataforma Agenda 2030**. 2021. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>>. Acesso em: 01/03/2022.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Saúde. **Plano distrital de prevenção do suicídio**. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/PLANO-DISTRITAL-DE-PREVEN%C3%87%C3%83O-DO-SUIC%C3%8DDIO-2020-2023-Aprovado-Colegiado-SES.pdf/762bcfd9-26e8-382e-1220-769d2a0899df?t=1648938706874>>. Acesso em 08 de setembro de 2022.

Durkheim, É. **Le suicide; étude de sociologie**. Paris: F. Alcan, 1897. (Bibliothèque de philosophie contemporaine.

Fadem B (2004). **Behavioral science in medicine**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p. 217. ISBN 978-0-7817-3669-5

Hawton K, van Heeringen K (abril de 2009). «**Suicide**». *Lancet*. **373** (9672) 1372–81. PMID 19376453. doi:10.1016/S0140-6736(09)60372-X

Levin JD, Culkin J, Perrotto RS (2001). **Introduction to chemical dependency counseling**. Northvale, NJ: Jason Aronson. pp. 150–52. ISBN 978-0-7657-0289-0

Lovisi, Giovanni Marcos et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2009, vol.31, suppl.2 [cited 2019-09-17], pp.S86-S93. Available from: <[scielo.br/scielo.php](http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007)>. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.

Ritzer, edited by George; Stepnisky, Jeffrey (2011). **The Wiley-Blackwell companion to major social theorists**. Malden, MA: Wiley-Blackwell. p. 65. ISBN 9781444396607

Sgobin, S. M. T. **Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade internadas em hospital geral.** 2013.

Soratto, G. R. **Perfil epidemiológico e toxicológico dos suicídios ocorridos na região carbonífera de Santa Catarina de janeiro de 2011 a dezembro de 2017.** 2019.

Stedman's Medical Dictionary 28^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006. ISBN 978-0-7817-3390-8

Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> (acesso e 08 de fevereiro de 2022)

Tomer, Adrian (2013). **Existential and Spiritual Issues in Death Attitudes.** [S.l.]: Psychology Press. p. 282. ISBN 9781136676901

Värnik, P. Suicide in the world. **International journal of environmental research and public health**, 9, n. 3, p. 760-771, 2012.

MATERIAL SUPLEMENTAR**APÊNDICE A**

Quadro 1. Critérios de qualidade do instrumento Newcastle-Ottawa para estudos de coorte e caso-controle.

Coorte
1. Seleção: representatividade (*), seleção dos não expostos (*), determinação da exposição(*) e existência anterior do desfecho(*)
2. Comparabilidade: Controle para confundimento (máximo**)
3. Desfecho: fonte para determinar o desfecho(*), tempo de seguimento(*) e adequação do acompanhamento(*)
Caso-controle
1. Seleção: definição do caso(*), representatividade dos casos(*), seleção dos controles(*), definição dos controles(*)
2. Comparabilidade: Controle para confundimento (máximo**)
3. Exposição: fonte de determinação da exposição(*), mesmo método para determinação de casos e controles(*), taxa de não-resposta(*)

APÊNDICE B

Tabela 01. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos de coorte

Autor	Representatividade	Seleção	Determinação da exposição	Desfecho	Comparabilidade	Determinação do desfecho	Seguimento	Acompanhamento	Pontuação
Hayward et al	1	1	1	0	1	1	1	1	7
Cooper et al	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Mukamal et al	0	1	1	0	1	1	1	1	6
Nakaya et al	1	1	0	1	1	0	1	1	6
Škrtić et al	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Mattisson et al	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Galway et al	1	1	1	0	1	1	1	1	7
González-Castro et al	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Ilgen, Mark A.	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Lee et al	1	1	1	1	1	1	1	0	7
Bowden et al	1	1	1	1	1	1	1	0	7
Reccord et al	1	1	1	0	1	1	1	1	7

APÊNDICE C

Tabela 02. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos de Caso-Controle

Autor	Definição dos casos	Representatividade dos casos	Seleção dos controles	Definição dos controles	Comparabilidade	Determinação da exposição	Determinação dos casos e controles	Taxa de não resposta	Pontuação
Lesage et al	1	1	1	1	1	0	1	0	6
Hawton, Keith	1	1	1	1	1	0	1	0	6
Gururaj et al	1	1	1	1	1	0	1	1	7
Kölves et al (2006)	1	1	0	0	1	0	0	1	4
Schneider et al (2006)	1	1	1	1	1	0	1	0	6
Ilgen et al	1	1	0	1	1	1	1	0	6
Schneider et al (2009)	1	1	1	1	1	0	1	0	6
Hawton et al	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Manoranjitham et al	0	1	1	1	1	0	1	1	6
Branas et al	1	0	0	0	1	1	0	0	3
Qin, Ping	0	0	1	1	1	0	0	0	3
Zhang et al	0	0	1	1	1	0	1	0	4
Pridemore, William Alex	0	1	1	1	1	0	1	0	5
Chachamovich et al	0	1	1	1	1	1	1	0	6
Lasota et al	0	0	1	1	1	0	1	1	5
Kölves et al (2017)	0	0	1	1	1	0	1	0	4
Crump et al	1	1	1	1	1	1	1	0	7
Rhodes et al	1	1	1	1	1	1	1	0	7
Zhu et al	0	1	1	1	1	0	1	1	6

APÊNDICE D

Tabela 03. Descrição dos Estudos

Primeiro autor, ano publicação	Ano de Início da pesquisa	Tamanho da Amostra	Local do Estudo (Continente)	Características Demográficas	Delineamento	Fonte de dados para determinar a presença de álcool	Definição Intoxicação Alcoólica	Resultados
Hayward, 1992	1986	515	Oceânico	A proporção de homens para mulheres foi de 4,5:1, com 414 homens suicídios e 101 suicídios femininos. A idade média dos casos de suicídio foi de 41,3 anos (DP = 17,5), sem diferença significativa de idade entre homens (41,2 anos) e mulheres (41,7 anos). 210 sujeitos foram casados ou vivendo em relacionamentos de fato, 181 eram solteiros e os 124 restantes eram divorciados, separados ou viúvos.	COORTE	Laboratorial alcoolemia (urina e sangue)	< 1 (um nível de álcool no sangue de 0,05 % ou mais) no momento da morte). E em 56 casos o álcool no sangue estava entre 0,001 e 0,049%, em 23 entre 0,05 e 0,079% (impedimento moderado), e em 103 foi 0,08% ou mais (prejuízo significativo).	Foi descoberto que 35,8% dos casos tiveram alcoolemia positiva. Os que estavam bebendo álcool antes do suicídio eram mais jovens, mais provável que seja do sexo masculino, mais provável que tenha escolhido monóxido de carbono como método de suicídio, mais propensos a ter experimentado uma ruptura de um relacionamento e menos propensos a ter procuraram ajuda profissional do que aqueles que não estava bebendo.
Lesage, 1994	1993	75	Americano	Homens com idades entre 18 e 35 anos.	CASO CONTROLE	Banco de dados / Entrevista	Sem definição	Taxas de prevalência de seis meses para todos os diagnósticos do eixo I para o suicídio e grupos de comparação foram 88,0% e 37,3%, respectivamente; depressão maior estava presente em 38,7% e 5,3%, dependência de álcool em 24,0% e 5,3%, dependência de substâncias psicoativas em 22,7% e 2,7%. O transtorno de personalidade borderline foi identificado em 28,0% e 4,0%, respectivamente. Dos suicidas, 28,0% apresentavam pelo menos dois dos seguintes transtornos: depressão, transtorno de personalidade limítrofe e dependência de álcool ou drogas
Hawton, 2002	1994	106	Europeu	Estudo incluiu enfermeiros na Inglaterra e no País de Gales que morreram entre janeiro de 1994 e dezembro de 1997 e receberam um veredicto de suicídio.	CASO CONTROLE	Banco de dados / Entrevista	50 unidades de álcool por semana	Quase três quartos dos suicídios de enfermeiros tiveram contato anterior com serviços psiquiátricos e quase metade havia sido internado psiquiátrico no passado. Houve diferenças particularmente marcantes entre os casos e controles para transtorno psiquiátrico atual (90±5% v. 7±1%, OR 68±5), transtorno de personalidade (38±1% v. 1±2%,

									OR 32), e história de automutilação deliberada (71±4% v. 2±4%, OR 58±5). O contexto familiar e os fatores sociais (especialmente nas relações interpessoais) também distinguiram os dois grupos. O tabagismo e o abuso grave de álcool foram muito mais frequentes nos suicídios. Houve alguma indicação de que, embora muitos dos suicídios estivessem em contato com serviços psiquiátricos, o atendimento pode não ter sido ideal em alguns casos
Köives, 2006	1999	427	Europeu	Na parte mediterrânica, 88% dos homens e 12% das mulheres foram registrados como suicidas, enquanto na parte continental 91,75% foram homens e 8,25% eram mulheres. Uma porcentagem significativamente maior de homens comprometidos suicídio. A proporção entre homens e mulheres é de 7,33; 1 na parte do Mediterrâneo e 11.125;1 no continental.	COORTE	Banco de dados	Álcool no momento do suicídio		Houve 4.727 suicídios no período de 2004 a 2009; 3529 foram cometidos na parte continental do país e 1198 no Mediterrâneo papel. No mesmo período ocorreram 294 suicídios induzidos por dependência de álcool na parte continental do país e 25 no Mediterrâneo papel. O número médio de suicídios na parte mediterrânea da Croácia foi menor (4,17 suicídios por ano) em comparação com a parte continental da Croácia (49 suicídios por ano).
Schneider, 2006	1999	263	Europeu	Idade média: 50,9 anos, DP 19,6; 66,2% homens.	CASO CONTROLE	Entrevista	Transtornos relacionados ao álcool		Transtornos afetivos, dependência de substâncias e baixa escolaridade predisseram independentemente risco aumentado de suicídio em transtornos relacionados ao álcool, bem como em transtornos relacionados a substâncias em geral, consumo grave de nicotina apenas em transtornos relacionados ao álcool.
Mukamal, 2007	1986	51529	Americano	Somente homens, dentistas, farmacêuticos, veterinários, optometristas, médicos osteopatas e podólogos.	COORTE	Questionário	Cálculo da ingestão de etanol		Um total de 136 homens morreram por suicídio. A quantidade de álcool consumida por dia tendeu a estar associada a um maior risco de mortalidade por suicídio, com uma razão de risco ajustada entre os homens que consumiam 30,0 gramas ou mais (mais de dois drinques) por dia de consumo de 2,42 (intervalo de confiança de 95%, 0,75-7,80; P-tendência 0,05). O consumo médio de álcool, a frequência de consumo e o consumo excessivo de álcool não foram independentemente associados ao risco. A ingestão de álcool tem sido implicada como um fator de risco agudo para suicídio ou

Nakaya,2010	1994	140343	Asiático	Somente homens (idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, índice de massa corporal, tabagismo, tempo de caminhada, história pregressa de doença, estresse mental percebido, autoavaliação da saúde e sono duração.	COORTE	Questionário	Frequência de consumo (menos de uma vez por semana, uma ou duas vezes por semana, 3 ou 4 vezes por semana, ou 5 vezes ou mais por semana).	tentativas de suicídio em uma série de estudos. Por exemplo, um estudo de caso cruzado descobriu que o risco de tentativa de suicídio que requer avaliação de emergência foi elevado quase dez vezes dentro de seis horas de consumo de álcool. Da mesma forma, May e colegas relataram que o álcool estava presente em 69% das mortes por suicídio entre índios americanos e 44% de todas as mortes por suicídio no Novo México. Usando dados nacionalmente representativos, Castle e colegas descobriram que 30% dos indivíduos brancos que morreram por suicídio tinham um histórico de problemas com bebida identificado por parentes mais próximos. Séries temporais e análises geográficas também apoiam a ligação entre o uso de álcool e o risco de suicídio. A aparente relação da quantidade consumida por dia de bebida com o risco não foi substancialmente alterada pelo ajuste para doenças graves ou outros fatores dietéticos e foi mais notável para o suicídio associado ao uso de armas de fogo. Houve uma associação positiva e linear estatisticamente significativa entre a quantidade de álcool consumida e o risco de suicídio: o HRs multivariadas em referência a não bebedores (intervalo de confiança de 95%) foram 1,2 (0,5e2,7), 1,5 (0,7e3,4) e 2,4 (1,2e4,6) na corrente bebedores que consumiram #22,7 g, 22,8 ge45,5 g e \$ 45,6 g de álcool por dia, respectivamente (P-tendência 5,016). Mesmo após a morte precoce casos foram excluídos, observou-se uma associação linear significativa entre o consumo de álcool e o risco de suicídio, com o risco de o suicídio também não foi significativamente maior entre os bebedores leves do que entre os não bebedores (HR multivariado 5 1,7). Este estudo de coorte prospectivo indicou uma associação linear positiva entre o consumo de álcool e o risco de
-------------	------	--------	----------	--	--------	--------------	--	--

									suicídio, e o risco de suicídio entre as pessoas leves. bebedores não diminuiu em comparação com os não bebedores.
Ilggen,2009	2002	854	Americano	Os suicídios foram mais prováveis entre os brancos e os de outra raça ou raça desconhecida em comparação com os afro-americanos. Em comparação com aqueles com 65 anos ou mais, os suicídios foram mais comuns entre os 18-44 e os suicídios não violentos foram mais comuns nas idades 45-64.	CASO CONTROLE	Banco de dados	Dependência álcool	de	Dos que morreram por suicídio, 70% (n = 600) usaram meios violentos. Diagnósticos de depressão, outras ansiedades, transtornos bipolares e de estresse pós-traumático, esquizofrenia e transtornos de personalidade foram associados ao aumento do risco de suicídio violento e não violento; no entanto, essas associações foram mais fortes para as mortes por suicídio não violentos do que violentas. O risco de suicídio não violento foi maior entre os pacientes com transtornos por uso de opióides ou diagnóstico clínico de abuso ou dependência (segundo a Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão) de múltiplas substâncias.
Schneider,2009	1999	163 e 156	Europeu	A maioria dos suicídios foi de homens (Tallinn: 81%; Frankfurt: 64%). Distribuição por idade ao óbito e por diferentes grupos de diagnóstico Em Tallinn, a média a idade de morte das mulheres foi maior do que a dos homens. Os suicídios masculinos em Frankfurt eram, em média, mais velhos do que homens em Tallinn Homens com uso moderado de álcool ou abstinência morreu em uma idade maior em Tallinn do que em Frankfurt. / Na área de Frankfurt/Main, 263 suicídios (idade média de 50,9 (DP [desvio padrão] 19,6) anos; 66,2% homens)	CASO CONTROLE	Banco de dados	Transtornos por uso de álcool		Em ambas as cidades, os transtornos por uso de substâncias foram significativamente associados ao suicídio. Razões de probabilidades para suicídio foram maiores em Tallinn do que em Frankfurt. O maior risco foi observado em Tallinn entre homens com transtornos por uso de álcool, de 35 a 59 anos. Embora o uso de substâncias e, em particular, os transtornos por uso de álcool tenham sido confirmados como fatores de risco para suicídio em Tallinn e em Frankfurt, o risco de suicídio muito maior associado ao alcoolismo em Tallinn do que em Frankfurt.
Hawton,2010	2000	384	Europeu	350 (91%) eram do sexo masculino e 34 (9%) do sexo feminino, a idade média no momento do óbito foi de 33,3 anos (DP=9,7) com idades entre 16 e 66 anos.	CASO CONTROLE	Banco de dados	Dependência substância/álcool	de	Dos 256.920 prisioneiros libertados, 384 suicídios ocorreram dentro de um ano após a libertação. Os fatores significativamente associados ao suicídio pós-soltura foram o aumento da idade acima de 25 anos, a saída de uma prisão local, um histórico de uso indevido de álcool ou automutilação, um diagnóstico psiquiátrico e a necessidade de acompanhamento dos Serviços de

				frequentemente casados ou com um parceiro.				incurreram no consumo agudo de álcool, especialmente em excesso.
Qin, 2011	1969	13.681 homens e 7.488 mulheres	Europeu	37% dos homens e 57% das mulheres que se suicidam tinham histórico de internação por doença psiquiátrica. Por faixa etária, a prevalência foi de 38,7%, 43,6% e 25,7%, respectivamente, para suicídios masculinos com 35 anos, 36 e 60 anos e >60 anos, enquanto foi de 57,1%, 65,1% e 46,8%, respectivamente, para suicídios femininos nas faixas etárias correspondentes.	CASO CONTROLE	Bancos de dados	CODIGOS CID para alcoolismo	O estudo mostra que o risco de suicídio é significativamente aumentado para pessoas com transtorno psiquiátrico hospitalizado e o risco associado varia significativamente por diagnóstico e por sexo e idade dos indivíduos. Ajustes adicionais para diferenças socioeconômicas pessoais eliminam as TIRs associadas a vários distúrbios apenas de forma limitada. Depressão recorrente e transtorno de personalidade limítrofe aumentam o risco de suicídio mais fortemente, enquanto a demência aumenta o risco menos para homens e mulheres. A influência de vários distúrbios geralmente enfraquece com o aumento da idade; no entanto, existem exceções importantes. A esquizofrenia afeta as pessoas com 35 anos mais fortes em termos de TIR e PAR. A depressão recorrente aumenta o risco de suicídio particularmente forte em todas as faixas etárias e o PAR associado aumenta de forma constante com a idade. O transtorno de personalidade limítrofe tem forte efeito em jovens, principalmente aqueles com 35 anos. O transtorno por uso de álcool é responsável pela maior PAR de suicídios em homens de 36 a 60 anos. Para os idosos acima de 60 anos, a reação ao estresse e transtorno de adaptação aumenta o risco de suicídio mais em ambos os sexos.
Zhang.2012	2008	392 suicídios e 416 controles	Asiático	Os fatores sociodemográficos incluíram idade, sexo, escolaridade, renda pessoal anual, estado civil, doença física, transtorno mental e situação na família.	CASO CONTROLE	Entrevista	Sem definição	Descobriu-se que o estresse e os problemas da vizinhança aumentam os riscos de suicídio na China rural, enquanto certos problemas, como cuidados de saúde, abuso de álcool, segurança no emprego, disputa familiar e transporte, desempenham papéis mais importantes do que outros para aumentar os riscos de suicídio na China rural.

Pridemore,2013	2003	120 suicidas e 111 IIUs / 1750 controle	Europeu	Homens com idade entre 25 e 54 anos que vivem em Izhevsk.	CASO CONTROLE	Entrevista	Foram utilizadas quatro medidas de consumo de álcool, usando a abordagem Quantidade-frequência.	Um total de 57% dos casos e 20% dos controles eram bebedores problemáticos. Homens que beberam mais de 20 litros de etanol no ano anterior foram 2,7 vezes mais propensos [intervalo de confiança de 95% (IC) = 1,5–5,0] a morrer de suicídio do que os bebedores moderados. Homens que bebiam bebidas alcoólicas uma a duas vezes por semana tinham 3,9 vezes mais chances (IC 95%, 1,3-11,0) de morrer de suicídio do que homens que raramente ou nunca bebiam. Os bebedores problemáticos eram 3,7 vezes mais propensos (IC 95%, 2,5-5,6) a morrer de suicídio em relação aos bebedores não problemáticos. Quarenta e três por cento dos suicídios foram atribuídos ao consumo de risco (problema de beber ou consumir álcool sem bebida pelo menos uma vez por semana ou ambos).	
Chachamovich, 2015	2003	120	Americano	A média de idade dos suicidas foi de 23,41 anos (DP 9,13). Entre os suicidas, 99 (82,5%) eram do sexo masculino e 21 (17,5%) do sexo feminino. Noventa e seis dos indivíduos morreram por enforcamento (80,0%), 19 por tiro (15,9%), 4 por esfaqueamento (3,3%) e 1 por overdose (0,8%).	CASO CONTROLE	Entrevistas + prontuários	Abuso de dependência álcool	ou de	Em comparação com os indivíduos controle, os indivíduos que morreram por suicídio eram mais propensos a ter sofrido abuso na infância (OR 2,38; IC 95% 1,39 a 4,08), ter histórico familiar de transtorno depressivo maior (P = 0,002) e suicídio completo (P = 0,02), e foram afetados por transtorno depressivo maior (OR 13,00; IC 95% 6,20 a 27,25), dependência de álcool (OR 2,90; IC 95% 1,59 a 5,24) ou dependência de cannabis (OR 3,96; IC 95% 2,29 a 6,8) nos últimos 6 meses.
González-Castro,2016	2007	182	Americano	A idade do grupo feminino foi superior à do grupo masculino (t=3,21, p=0,002). Outras diferenças significativas surgiram para ocupação (p=0,001); neste caso a principal atividade do grupo feminino era dona de casa (n=15, 37,5), seguida de ocupados (n= 13, 32,5%), enquanto no grupo masculino a ocupação principal era ocupados (108 n=76,1%), seguido de desempregados (n=21, 14,8%). Em relação à escolaridade, o grupo feminino apresentou	COORTE	banco de dados / Entrevista + Questionário família	Uso de álcool no momento do suicídio		A amostra foi composta majoritariamente pelo sexo masculino (78%). 84% da amostra usada enforcamento como método de suicídio. No entanto, em comparação com o grupo masculino, as mulheres eram mais velhas em média (p=0,002); eram em sua maioria donas de casa (37,5%) e gênero nos aspectos sociodemográficos, sinais e sintomas e suicídio tinham mais anos de estudo (p=0,004). Outras diferenças significativas predominantemente presentes no grupo masculino foram: o uso de

				predominantemente mais anos de escolaridade do que os do sexo masculino; o grupo masculino era majoritariamente analfabeto ou com menos de 6 anos de estudo ($p=0,004$). No entanto, não houve diferenças significativas por sexo encontrados para o estado civil ou se os indivíduos com suicídios consumados submetidos a diagnóstico psiquiátrico.					álcool no momento do suicídio (52,1%), aposentadoria do emprego e aumento da apatia (50,7%) e agressividade (36,6%) ($p<0,05$).
Ilgen,2017	2004	4863086	Americano	A maioria dos membros da coorte do ano de 2005 era do sexo masculino ($n = 4.460.447$; 91,7%); 402.639 (8,3%) eram do sexo feminino.	COORTE	Banco de dados	CODIGOS CID para alcoolismo		Achados Em análises não ajustadas, um diagnóstico de qualquer TUS atual e os diagnósticos atuais específicos de álcool, cocaína, cannabis, opióides, anfetaminas e transtornos por uso de sedativos foram todos associados significativamente com aumento do risco de suicídio para homens e mulheres [taxas de risco (HRs)] variando de 1,35 para transtorno por uso de cocaína a 4,74 para transtorno por uso de sedativos para homens, e 3,89 para transtorno por uso de cannabis a 11,36 para transtorno por uso de sedativos para mulheres]. Além disso, as estimativas de HR para as relações entre qualquer TUS, álcool, cocaína e transtornos por uso de opióides e suicídio foram significativamente mais fortes para as mulheres do que para os homens ($P <0,05$). Após o ajuste para outros fatores, principalmente diagnósticos psiquiátricos comórbidos, as associações ligando TUS com suicídio foram acentuadamente atenuadas e o maior risco de suicídio entre as mulheres foi observado apenas para qualquer TUS e transtorno por uso de opióides ($P < 0,05$).
Lasota.2017	2001	90	Europeu	27 mulheres, 63 homens, idade média de 48,5 anos, desvio padrão para participar, uma taxa de resposta geral de 17,36 anos.	CASO CONTROLE	Banco de dados / entrevistas semiestruturadas	Frequência de consumo de álcool por semana.		O abuso de álcool foi relatado com mais frequência para vítimas de suicídio do que para controles. O mesmo foi verdade para privações graves na infância e alcoolismo de um ou ambos os pais. Não foram observadas diferenças entre os grupos na separação de um ou ambos os pais, morte de um ou ambos os pais, divórcio parental

relatado na infância ou abuso sexual na infância.

Kölves,2017	Não informado.	261	Oceânico	Os casos de suicídio com AUD foram significativamente mais jovens em comparação com aqueles sem AUD com média de idade de 49,3 anos vs. 54,3 anos, respectivamente ($t_{257} = \hat{y}2,35; p = 0,019$).	CASO CONTROLE	Banco de dados e entrevistas com familiares	uso de álcool no momento da morte	Pessoas com AUD que morreram por suicídio eram significativamente mais propensas a ter outro transtorno por uso de substâncias, história de tentativa de suicídio, discussões sérias recentes com cônjuge/parceiro e outros membros da família, foram infiéis ao parceiro/cônjuge, foram vítimas de um crime e eram menos propensas a ser de um antecedente que não falam inglês. Eles também eram mais jovens e tinham níveis mais altos de agressão em comparação com suicídios não-AUD. Suicídios AUD eram mais propensos a ter humor transtornos, tentativa de suicídio anterior, expressando desesperança, maiores escores em agressão em relação a si mesmo, rompimento de relacionamento romântico e discussões sérias com outros familiares membros do que AUD mortes súbitas. Comportamento agressivo, uso de outra substância transtorno e histórico de brigas sérias com familiares permaneceram significativos no modelo final comparando suicídios com e sem AUD.
Crump,2020	2002	6947191	Europeu	As pessoas com AUD ou que morreram por suicídio eram mais propensas a ter idades entre 35 e 64 anos, homens ou solteiros; ter baixa escolaridade, uso de drogas ou outros transtornos psiquiátricos; e/ou ter internações hospitalares mais frequentes ou encontros em clínicas especializadas.	CASO CONTROLE	Banco de dados e entrevistas com familiares	Uso de álcool no momento da morte.	Pessoas com AUD que morreram por suicídio eram significativamente mais propensas a ter outro transtorno por uso de substâncias, história de tentativa de suicídio, discussões sérias recentes com cônjuge/parceiro e outros membros da família, foram infiéis ao parceiro/cônjuge, foram vítimas de um crime e eram menos propensas a ser de um antecedente que não falam inglês. Eles também eram mais jovens e tinham níveis mais altos de agressão em comparação com suicídios não-AUD. Suicídios AUD eram mais propensos a ter humor transtornos, tentativa de suicídio anterior, expressando desesperança, maiores escores em agressão em relação a si mesmo, rompimento de relacionamento romântico e discussões sérias com

Rhodes,2019	2003	1.024 casos (n = 697 homens; n = 327 mulheres) e mais de 2 milhões de controles (n = 1.318.145 homens; n = 1.217.608 mulheres)	Americano	Menos da metade dos casos (n ¼ 273 [39,2%] homens; n ¼ 156 [47,7%] mulheres) foram diagnosticados com um problema de saúde mental em comparação com apenas um 'outro' problema de saúde (424 homens [60,8%]; 171 mulheres [52,3%]).	CASO CONTROLE	Banco de dados	Distúrbio do álcool	<p>outros familiares membros do que AUD mortes súbitas. Comportamento agressivo, uso de outra substância transtorno e histórico de brigas sérias com familiares permaneceram significativos no modelo final comparando suicídios com e sem AUD.</p> <p>Entre os adolescentes diagnosticados com um problema de saúde mental durante sua visita mais recente ao pronto-socorro (41,9% dos casos, 5% dos controles), o suicídio foi alto entre as lesões autoinfligidas não fatais: 'outras' lesões, incluindo enforcamento, estrangulamento e asfixia em ambos os sexos (RCa > 14); lesões por corte/perfuração em meninos (RCa > 5), envenenamento em ambos os sexos (RCa > 2,2) e transtornos de humor e psicóticos em meninos (RCa > 1,7). Entre os que permanecem, lesões "indeterminadas" e intoxicações em ambos os sexos (RCa > 5); intoxicações "não intencionais" em meninos (RCa: 2,1) e agressões em ambos os sexos (RCa > 1,8) foram significativas. Pelo menos metade dos casos teve contato com um pronto-socorro nos 106 dias anteriores.</p>
Zhu,2021	2014	242	Asiático	Aqueles que morreram por suicídio através de métodos violentos eram aproximadamente 2 anos mais velhos do que aqueles que morreram por métodos não violentos (P = 0,033). Insignificante foram observadas diferenças na distribuição por sexo, estado civil escolaridade, renda familiar anual e condições de saúde entre os casos de suicídio violento e não violento (todos P > 0,05).	CASO CONTROLE	Entrevista c/ questionário	Dependência de álcool	De acordo com as análises univariadas, a presença de transtorno mental, maior grau de depressão, solidão, falta de apoio social, desesperança, impulsividade, e aumento da quantidade de eventos de vida foram associados ao suicídio tanto em métodos não violentos. Para o suicídio violento, outro fator de risco foi a falta de agrotóxicos em casa. Para suicídio não violento, outros fatores de risco não eram casados, família história de suicídio e transtorno por uso de álcool (P < 0,05). As variáveis que permaneceram no modelo de regressão logística foram a gravidade dos sintomas depressivos tanto para suicídio não violento. Para o suicídio não violento, o grau de desesperança foi outro fator de risco independente.

Reccord,2021	1997	972	Americano	A maioria (81,2%) foi do sexo masculino, e a média de idade dos falecidos, independentemente do sexo, foi 42,6 anos. Em média, as pessoas das áreas rurais eram mais jovens (M $\frac{1}{4}$ 41,29, SD $\frac{1}{4}$ 17,82) do que os de áreas urbanas (M $\frac{1}{4}$ 44,20, SD $\frac{1}{4}$ 15,37).	COORTE	Banco de dados	álcool no momento da morte	Além disso, suicídios violentos eram mais propensos à falta de pesticidas em casa, escolha a estação da primavera e tenha uma quantidade maior de eventos da vida do que aqueles que morreram por suicídio através de métodos não violentos. As pessoas rurais que morreram por suicídio foram responsáveis por 54,8% de todas as mortes em um período de 20 anos. No geral, 81,6% das pessoas que morreram eram do sexo masculino. Em comparação com as urbanas, as pessoas rurais que morreram por suicídio eram mais jovens, mais propensas a usar armas de fogo ou enforcamento e maior teor médio de álcool no sangue no momento da morte (27,69 vs. 22,95 mmol/L). A população rural também foi menos provável de ter uma história conhecida de tentativa de suicídio anterior, transtorno psiquiátrico, abuso de álcool ou substâncias ou doença crônica dor.
--------------	------	-----	-----------	---	--------	----------------	----------------------------	---

APÊNDICE E

Tabela 04. Estudos excluídos

Título	Motivo da Exclusão
The completed and attempted suicide in Krakow: similarities and differences	Texto completo não encontrado.
Alcohol and suicide in Belarus	Texto completo não encontrado.
Suicidal hanging in Franco da Rocha, Brazil - A six-year prospective and retrospective study	Texto completo não encontrado.
Suicide mortality risk in a cohort of individuals treated for alcohol, heroin or cocaine abuse: Results of a follow-up study	Texto completo não encontrado.
Comparative risk of suicide by specific substance use disorders: A national cohort study	Texto completo não encontrado.
Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950–1991.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Characteristics of suicide from 1998-2001 in a metropolitan area	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Core features of suicide. Gender, age, alcohol and other putative risk factors in a low-incidence population.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Discrepant comorbidity between minority and white suicides: A national multiple cause-of-death analysis	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Apples to oranges?: A direct comparison between suicide attempters and suicide completers.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Alcohol use disorders and acute alcohol use preceding suicide in China.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Acute influence of alcohol, THC or central stimulants on violent suicide: A Swedish population study.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Hanging suicides in northern Finland: A descriptive epidemiological study.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Acute and chronic alcohol use correlated with methods of suicide in a Swiss national sample.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
A cross-national study of the population-level association between alcohol consumption and suicide rates.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Seasonality of Suicides among Victims Who Are under the Influence of Alcohol.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Alcohol Intoxication and Suicide by Hanging in Poland	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Acute alcohol use in Australian coronial suicide cases, 2010-2015	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)

Alcohol and the Risk of Railway Suicide	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Reporting of alcohol as a contributor to death in Australian national suicide statistics and its relationship to post-mortem alcohol concentrations	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Delineamento Transversal)
Alcohol and other substance misuse in suicide: A review.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Estudo de Revisão)
Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Estudo de Revisão)
Risk and protective factors for suicide mortality among patients with alcohol dependence.	Desenho de estudo que não atende aos critérios de elegibilidade. (Estudo de Revisão)
Risk of suicide following an alcohol-related emergency hospital admission: An electronic cohort study of 2.8 million people	Faixa Etária da amostra não atende aos critérios de elegibilidade
Clinical epidemiology of long-term suicide risk in a nationwide population-based cohort study in South Korea.	Faixa Etária da amostra não atende aos critérios de elegibilidade
Substance misuse in life and death in a 2-year cohort of suicides.	Faixa Etária da amostra não atende aos critérios de elegibilidade
Mortality in alcohol use disorder in the Lundby Community Cohort—A 50 year follow-up.	Faixa Etária da amostra não atende aos critérios de elegibilidade
Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study.	Faixa Etária da amostra não atende aos critérios de elegibilidade
Risk factors for completed suicides: a case-control study from Bangalore, India.	Faixa Etária da amostra não atende aos critérios de elegibilidade

Lista de Referências:

- Polewka A, Groszek B, Trela F, Zieba A, Bolechała F, Chrostek-Maj J, Kroch S, Datka W. Samobójstwa dokonane i usiłowane w Krakowie--podobieństwa i różnice [**The completed and attempted suicide in Krakow: similarities and differences**]. *Przegl Lek.* 2002;59(4-5):298-303. Polish. PMID: 12183993.
- Razvodovsky YE. **Alcohol and suicide in Belarus.** *Psychiatr Danub.* 2009 Sep;21(3):290-6. PMID: 19794344.
- Miziara, Ivan. (2011). Suicidal hanging in Franco da Rocha, Brazil - **A six-year prospective and retrospective study.** *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology.* 5. 14-17.
- Pavarin RM, Sanchini S, Tadonio L, Domenicali M, Caputo F, Pacetti M. **Suicide mortality risk in a cohort of individuals treated for alcohol, heroin or cocaine abuse: Results of a follow-up study.** *Psychiatry Res.* 2021 Feb;296:113639. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113639. Epub 2020 Dec 11. PMID: 33352416.
- Crump C, Sundquist J, Kendler KS, Edwards AC, Sundquist K. **Comparative risk of suicide by specific substance use disorders: A national cohort study.** *J Psychiatr Res.* 2021 Dec;144:247-254. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.10.017. Epub 2021 Oct 20. PMID: 34700213; PMCID: PMC8665134.
- Mäkelä P. **Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991.** *Addiction (Abingdon, England).* 1996 Jan;91(1):101-112. DOI: 10.1046/j.1360-0443.1996.91110112.x. PMID: 8822018.
- Shen, Xun & Raymond, Jodi & McCabe, Heather & Lovett, Lori & Aumage, John & O'Neil, Joseph & Bull, Marilyn. (2006). **Characteristics of Suicide from 1998-2001 in a Metropolitan Area. Death studies.** 30. 859-71. 10.1080/07481180600853074.
- Wang AG, Stóra T. Core features of suicide. **Gender, age, alcohol and other putative risk factors in a low-incidence population.** *Nord J Psychiatry.* 2009;63(2):154-9. doi: 10.1080/08039480802429458. PMID: 19003565.

- Rockett IR, Lian Y, Stack S, Ducatman AM, Wang S. **Discrepant comorbidity between minority and white suicides: a national multiple cause-of-death analysis.** BMC Psychiatry. 2009 Mar 18;9:10. doi: 10.1186/1471-244X-9-10. PMID: 19296840; PMCID: PMC2667503.
- DeJong TM, Overholser JC, Stockmeier CA. **Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers.** J Affect Disord. 2010 Jul;124(1-2):90-7. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.020. Epub 2009 Nov 10. PMID: 19903573; PMCID: PMC2875283.
- Zhang Y, Conner KR, Phillips MR. **Alcohol use disorders and acute alcohol use preceding suicide in China.** Addict Behav. 2010 Feb;35(2):152-6. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.09.020. Epub 2009 Sep 26. PMID: 19850415; PMCID: PMC2783902.
- Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, Nolte KB. **Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System.** Inj Prev. 2013 Feb;19(1):38-43. doi: 10.1136/injuryprev-2012-040317. Epub 2012 May 24. PMID: 22627777; PMCID: PMC3760342.
- Lundholm L, Thiblin I, Runeson B, Leifman A, Fugelstad A. **Acute influence of alcohol, THC or central stimulants on violent suicide: A Swedish population study.** J Forensic Sci. 2014 Mar;59(2):436-40. doi: 10.1111/1556-4029.12353. PMID: 24745078.
- Kanamüller J, Riipinen P, Riala K, Paloneva E, Hakko H. **Hanging suicides in northern Finland: A descriptive epidemiological study.** Death Stud. 2016;40(4):205-10. doi: 10.1080/07481187.2015.1117537. Epub 2015 Dec 17. PMID: 26681439.
- Pfeifer P, Bartsch C, Hemmer A, Reisch T. **Acute and chronic alcohol use correlated with methods of suicide in a Swiss national sample.** Drug Alcohol Depend. 2017 Sep 1;178:75-79. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.05.009. Epub 2017 Jun 16. PMID: 28645062.
- Roche SP, Rogers ML, Pridemore WA. **A cross-national study of the population-level association between alcohol consumption and suicide rates.** Drug Alcohol Depend. 2018 Jul 1;188:16-23. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.036. Epub 2018 Apr 20. PMID: 29727756.
- Lasota D, Pawłowski W, Krajewski P, Staniszewska A, Goniewicz K, Goniewicz M. **Seasonality of Suicides among Victims Who Are under the Influence of Alcohol.** Int J Environ Res Public Health. 2019 Aug 6;16(15):2806. doi: 10.3390/ijerph16152806. PMID: 31390817; PMCID: PMC6696555.
- Chong DG, Buckley NA, Schumann JL, Chitty KM. **Acute alcohol use in Australian coronial suicide cases, 2010-2015.** Drug Alcohol Depend. 2020 Jul 1;212:108066. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108066. Epub 2020 May 15. PMID: 32473536.
- Lasota D, Al-Wathinani A, Krajewski P, Mirowska-Guzel D, Goniewicz K, Hertelendy AJ, Alhazmi RA, Pawłowski W, Khorram-Manesh A, Goniewicz M. **Alcohol and the Risk of Railway Suicide.** Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 24;17(19):7003. doi: 10.3390/ijerph17197003. PMID: 32987939; PMCID: PMC7578964.
- Chitty KM, Schumann JL, Moran LL, Chong DG, Hurzeler TP, Buckley NA. **Reporting of alcohol as a contributor to death in Australian national suicide statistics and its relationship to post-mortem alcohol concentrations.** Addiction. 2021 Mar;116(3):506-513. doi: 10.1111/add.15180. Epub 2020 Aug 9. PMID: 32621553.
- Pirkola, S.P. (1999). **Alcohol and other substance misuse in suicide.**
- Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. **Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies.** Drug Alcohol Depend. 2004 Dec 7;76 Suppl:S11-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003. PMID: 15555812.
- Hung GC, Cheng CT, Jhong JR, et al. **Risk and protective factors for suicide mortality among patients with alcohol dependence.** The Journal of Clinical Psychiatry. 2015 Dec;76(12):1687-1693. DOI: 10.4088/jcp.15m09825. PMID: 26717529.
- Bowden B, John A, Trefan L, Morgan J, Farewell D, Fone D. **Risk of suicide following an alcohol-related emergency hospital admission: An electronic cohort study of 2.8 million people.** PLoS One. 2018 Apr 27;13(4):e0194772. doi: 10.1371/journal.pone.0194772. PMID: 29702655; PMCID: PMC5922531.
- Lee H, Myung W, Lee C, Choi J, Kim H, Carroll BJ, Kim DK. **Clinical epidemiology of long-term suicide risk in a nationwide population-based cohort study in South Korea.** J Psychiatr Res. 2018 May;100:47-55. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.01.018. Epub 2018 Feb 12. PMID: 29486402.
- Galway K, Gossrau-Breen D, Mallon S, Hughes L, Rosato M, Rondon-Sulbaran J, Leavey G. **Substance misuse in life and death in a 2-year cohort of suicides.** Br J Psychiatry. 2016 Mar;208(3):292-7. doi: 10.1192/bjp.bp.114.147603. Epub 2015 Nov 5. PMID: 26541690.

- Mattisson C, Bogren M, Öjehagen A, Nordström G, Horstmann V. **Mortality in alcohol use disorder in the Lundby Community Cohort--a 50 year follow-up.** Drug Alcohol Depend. 2011 Nov 1;118(2-3):141-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.03.008. Epub 2011 Apr 6. PMID: 21474255.
- Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, Appleby L. **Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study.** Am J Psychiatry. 2005 Feb;162(2):297-303. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.297. PMID: 15677594.
- Gururaj G, Isaac MK, Subbakrishna DK, Ranjani R. **Risk factors for completed suicides: a case-control study from Bangalore, India.** Inj Control Saf Promot. 2004 Sep;11(3):183-91. doi: 10.1080/156609704/233/289706. PMID: 15764105.

APÊNDICE F

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Quadro 2. Estratégias de busca por base de dados

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA FINAL	DATA E NÚMERO DE ESTUDOS LOCALIZADOS
Pubmed	<p>((((((((((((Adult[MeSH Terms]) OR (Adult[Title/Abstract])) OR (Adults[Title/Abstract])) OR (Young Adult[MeSH Terms])) OR (Young Adult[Title/Abstract])) OR (Adult, Young[Title/Abstract])) OR (Adults, Young[Title/Abstract])) OR (Young Adults[Title/Abstract])) OR (Middle Aged[MeSH Terms])) OR (Middle Aged[Title/Abstract])) OR (Middle Age[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Alcoholics[MeSH Terms]) OR (Alcoholics[Title/Abstract])) OR (Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Skid Row Alcoholics[Title/Abstract])) OR (Alcoholic, Skid Row[Title/Abstract])) OR (Alcoholics, Skid Row[Title/Abstract])) OR (Skid Row Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Alcoholic Intoxication[MeSH Terms])) OR (Alcoholic Intoxication[Title/Abstract])) OR (Intoxication, Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Drunkenness[Title/Abstract])) OR (Drunkennesses[Title/Abstract])) OR (Alcoholism[Title/Abstract])) OR (Alcoholism[MeSH Terms])) OR (Alcohol Dependence[Title/Abstract])) OR (Dependence, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Alcohol Addiction[Title/Abstract])) OR (Addiction, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Alcoholic Intoxication, Chronic[Title/Abstract])) OR (Chronic Alcoholic Intoxication[Title/Abstract])) OR (Intoxication, Chronic Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Alcohol Use Disorder[Title/Abstract])) OR (Alcohol Use Disorders[Title/Abstract])) OR (Use Disorders, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Alcohol Abuse[Title/Abstract])) OR (Abuse, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Ethanol Abuse[Title/Abstract])) OR (Abuse, Ethanol[Title/Abstract])) OR (Alcoholic Beverages[Title/Abstract])) OR (Alcoholic Beverages[MeSH Terms])) OR (Alcoholic Beverage[Title/Abstract]))</p>	06.11.2022 1802

	<p>OR (Beverage, Alcoholic[Title/Abstract]) OR (Beverages, Alcoholic[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((Suicide[MeSH Terms] OR (Suicide[Title/Abstract]) OR (Suicides[Title/Abstract]) OR (Suicide, Attempted[MeSH Terms]) OR (Suicide, Attempted[Title/Abstract]) OR (Attempted Suicide[Title/Abstract]) OR (Parasuicide[Title/Abstract]) OR (Parasuicides[Title/Abstract]) OR (Suicide, Completed[MeSH Terms]) OR (Suicide, Completed[Title/Abstract]) OR (Completed Suicides[Title/Abstract]) OR (Suicide, Fatal[Title/Abstract]) OR (Completed Suicide[Title/Abstract]) OR (Fatal Attempt[Title/Abstract]) OR (Fatal Attempts[Title/Abstract]) OR (Fatal Suicide[Title/Abstract]) OR (Fatal Suicides[Title/Abstract]) OR (self-extermination[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((Case-Control Studies[MeSH Terms] OR (Case-Control Studies[Title/Abstract]) OR (Case-Control Study[Title/Abstract]) OR (Studies, Case-Control[Title/Abstract]) OR (Study, Case-Control[Title/Abstract]) OR (Case-Comparison Studies[Title/Abstract]) OR (Case Comparison Studies[Title/Abstract]) OR (Case-Comparison Study[Title/Abstract]) OR (Studies, Case-Comparison[Title/Abstract]) OR (Study, Case-Comparison[Title/Abstract]) OR (Case-Compeer Studies[Title/Abstract]) OR (Studies, Case-Compeer[Title/Abstract]) OR (Case-Referrent Studies[Title/Abstract]) OR (Case Referrent Studies[Title/Abstract]) OR (Case-Referrent Study[Title/Abstract]) OR (Studies, Case-Referrent[Title/Abstract]) OR (Study, Case-Referrent[Title/Abstract]) OR (Case-Referrent Studies[Title/Abstract]) OR (Case Referrent Studies[Title/Abstract]) OR (Case-Referent Study[Title/Abstract]) OR (Studies, Case-Referent[Title/Abstract]) OR (Study, Case-Referent[Title/Abstract]) OR (Case-Base Studies[Title/Abstract]) OR (Case Base Studies[Title/Abstract]) OR (Studies, Case-Base[Title/Abstract]) OR (Case Control Studies[Title/Abstract]) OR (Case Control Study[Title/Abstract]) OR (Studies, Case Control[Title/Abstract]) OR (Study, Case Control[Title/Abstract]) OR (Nested Case-Control Studies[Title/Abstract]) OR (Case-Control Studies, Nested[Title/Abstract]) OR (Case-Control Study,</p>	
--	--	--

	<p style="text-align: center;">AND</p> <p>'alcoholism':ti,ab,kw OR 'addiction, alcohol':ti,ab,kw OR 'alcohol addiction':ti,ab,kw OR 'alcohol dependence':ti,ab,kw OR 'alcohol dependency':ti,ab,kw OR 'alcohol dependents':ti,ab,kw OR 'alcohol polyneuropathy':ti,ab,kw OR 'alcohol use disorder':ti,ab,kw OR 'alcohol-dependent individual':ti,ab,kw OR 'alcohol-induced disorders':ti,ab,kw OR 'alcohol-induced disorders, nervous system':ti,ab,kw OR 'alcohol-related disorders':ti,ab,kw OR 'alcoholic':ti,ab,kw OR 'alcoholic individual':ti,ab,kw OR 'alcoholic neuropathy':ti,ab,kw OR 'alcoholic polyneuritis':ti,ab,kw OR 'alcoholic polyneuropathy':ti,ab,kw OR 'alcoholics':ti,ab,kw OR 'chronic alcoholism':ti,ab,kw OR 'dependence, alcohol':ti,ab,kw OR 'dipsomania':ti,ab,kw OR 'dipsomaniac':ti,ab,kw OR 'ethanol dependence':ti,ab,kw OR 'polyneuritis, alcoholic':ti,ab,kw OR 'Alcoholic Intoxication':ti,ab,kw OR 'alcohol intoxicification':ti,ab,kw OR 'alcohol poisoning':ti,ab,kw OR 'alcoholic intoxication':ti,ab,kw OR 'drunkenness':ti,ab,kw OR 'ethanol intoxication':ti,ab,kw OR 'ethanol poisoning':ti,ab,kw OR 'ethanol toxicity':ti,ab,kw OR 'inebriation':ti,ab,kw OR 'intoxication, alcohol':ti,ab,kw OR 'pathological drunkenness':ti,ab,kw OR 'alcoholic beverage':ti,ab,kw OR 'alcoholic beverages':ti,ab,kw OR 'alcoholic drink':ti,ab,kw OR 'alcoholic fermentation beverage':ti,ab,kw OR 'alcoholic fermented drink':ti,ab,kw OR 'liquor (alcohol)':ti,ab,kw</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>'Suicide':ti,ab,kw OR 'completed suicide':ti,ab,kw OR 'self killing':ti,ab,kw OR 'suicidal completion':ti,ab,kw OR 'suicidal death':ti,ab,kw OR 'suicidal poisoning':ti,ab,kw OR 'suicide death':ti,ab,kw OR 'suicide, completed':ti,ab,kw OR 'suicidium':ti,ab,kw OR 'suicidum':ti,ab,kw OR 'suicide attempt':ti,ab,kw OR 'attempted suicide':ti,ab,kw OR 'parasuicide':ti,ab,kw OR 'suicidal attempt':ti,ab,kw OR 'suicide, attempted':ti,ab,kw OR 'tentamen suicide':ti,ab,kw OR 'tentamen suicidi':ti,ab,kw OR 'tentamen suicidii':ti,ab,kw</p>	
<p>Web of Science</p>	<p>TS=(Adult) OR TS=(Adults) OR TS=(Young Adult) OR TS=(Adult, Young) OR TS=(Adults, Young) OR TS=(Young Adults) OR TS=(Middle Aged) OR TS=(Middle Age)</p> <p style="text-align: center;">AND</p>	<p style="text-align: center;">06.11.2022 1729</p>

TS=(Alcoholics) OR TS=(Alcoholic) OR TS=(Skid Row Alcoholics)
 OR TS=(Alcoholic, Skid Row) OR TS=(Alcoholics, Skid Row) OR
 TS=(Skid Row Alcoholic) OR TS=(Alcoholic Intoxication) OR
 TS=(Intoxication, Alcoholic) OR TS=(Drunkenness) OR
 TS=(Drunkennesses) OR TS=(Alcoholism) OR TS=(Alcohol
 Dependence) OR TS=(Dependence, Alcohol) OR TS=(Alcohol
 Addiction) OR TS=(Addiction, Alcohol) OR TS=(Alcoholic
 Intoxication, Chronic) OR TS=(Chronic Alcoholic Intoxication) OR
 TS=(Intoxication, Chronic Alcoholic) OR TS=(Alcohol Use Disorder)
 OR TS=(Alcohol Use Disorders) OR TS=(Use Disorders, Alcohol) OR
 TS=(Alcohol Abuse) OR TS=(Abuse, Alcohol) OR TS=(Ethanol
 Abuse) OR TS=(Abuse, Ethanol) OR TS=(Alcoholic Beverages) OR
 TS=(Alcoholic Beverage) OR TS=(Beverage, Alcoholic) OR
 TS=(Beverages, Alcoholic)

AND

TS=(Suicide) OR TS=(Suicides) OR TS=(Suicide, Attempted) OR
 TS=(Attempted Suicide) OR TS=(Parasuicide) OR TS=(Parasuicides)
 OR TS=(Suicide, Completed) OR TS=(Completed Suicides) OR
 TS=(Suicide, Fatal) OR TS=(Completed Suicide) OR TS=(Fatal
 Attempt) OR TS=(Fatal Attempts) OR TS=(Fatal Suicide) OR
 TS=(Fatal Suicides) OR TS=(self-extermination)

AND

TS=(Case-Control Studies) OR TS=(Case-Control Study) OR
 TS=(Studies, Case-Control) OR TS=(Study, Case-Control) OR
 TS=(Case-Comparison Studies) OR TS=(Case Comparison Studies)
 OR TS=(Case-Comparison Study) OR TS=(Studies, Case-
 Comparison) OR TS=(Study, Case-Comparison) OR TS=(Case-
 Compeer Studies) OR TS=(Studies, Case-Compeer) OR TS=(Case-
 Referrent Studies) OR TS=(Case Referrent Studies) OR TS=(Case-
 Referrent Study) OR TS=(Studies, Case-Referrent) OR TS=(Study,
 Case-Referrent) OR TS=(Case-Referent Studies) OR TS=(Case
 Referent Studies) OR TS=(Case-Referent Study) OR TS=(Studies,
 Case-Referent) OR TS=(Study, Case-Referent) OR TS=(Case-Base
 Studies) OR TS=(Case Base Studies) OR TS=(Studies, Case-Base) OR
 TS=(Case Control Studies) OR TS=(Case Control Study) OR
 TS=(Studies, Case Control) OR TS=(Study, Case Control) OR
 TS=(Nested Case-Control Studies) OR TS=(Case-Control Studies,
 Nested) OR TS=(Case-Control Study, Nested) OR TS=(Nested Case
 Control Studies) OR TS=(Nested Case-Control Study) OR

	<p>TS=(Studies, Nested Case-Control) OR TS=(Study, Nested Case-Control) OR TS=(Matched Case-Control Studies) OR TS=(Case-Control Studies, Matched) OR TS=(Case-Control Study, Matched) OR TS=(Matched Case Control Studies) OR TS=(Matched Case-Control Study) OR TS=(Studies, Matched Case-Control) OR TS=(Study, Matched Case-Control) OR TS=(Cohort Studies) OR TS=(Cohort Study) OR TS=(Studies, Cohort) OR TS=(Study, Cohort) OR TS=(Concurrent Studies) OR TS=(Studies, Concurrent) OR TS=(Concurrent Study) OR TS=(Study, Concurrent) OR TS=(Closed Cohort Studies) OR TS=(Cohort Studies, Closed) OR TS=(Closed Cohort Study) OR TS=(Cohort Study, Closed) OR TS=(Study, Closed Cohort) OR TS=(Studies, Closed Cohort) OR TS=(Analysis, Cohort) OR TS=(Cohort Analysis) OR TS=(Analyses, Cohort) OR TS=(Cohort Analyses) OR TS=(Historical Cohort Studies) OR TS=(Cohort Study, Historical) OR TS=(Historical Cohort Study) OR TS=(Study, Historical Cohort) OR TS=(Cohort Studies, Historical) OR TS=(Studies, Historical Cohort) OR TS=(Incidence Studies) OR TS=(Incidence Study) OR TS=(Studies, Incidence) OR TS=(Study, Incidence)</p>	
<p>BVS</p>	<p>((((Adult) OR (Adults) OR (Young Adult) OR (Adult, Young) OR (Adults, Young) OR (Young Adults) OR (Middle Aged) OR (Middle Age))) AND (((Alcoholics) OR (Alcoholic) OR (Skid Row Alcoholics) OR (Alcoholic, Skid Row) OR (Alcoholics, Skid Row) OR (Skid Row Alcoholic) OR (Alcoholic Intoxication) OR (Intoxication, Alcoholic) OR (Drunkenness) OR (Drunkennesses) OR (Alcoholism) OR (Alcohol Dependence) OR (Dependence, Alcohol) OR (Alcohol Addiction) OR (Addiction, Alcohol) OR (Alcoholic Intoxication, Chronic) OR (Chronic Alcoholic Intoxication) OR (Intoxication, Chronic Alcoholic) OR (Alcohol Use Disorder) OR (Alcohol Use Disorders) OR (Use Disorders, Alcohol) OR (Alcohol Abuse) OR (Abuse, Alcohol) OR (Ethanol Abuse) OR (Abuse, Ethanol) OR (Alcoholic Beverages) OR (Alcoholic Beverage) OR (Beverage, Alcoholic) OR (Beverages, Alcoholic))) AND (((Suicide) OR (Suicides) OR (Suicide, Attempted) OR (Attempted Suicide) OR (Parasuicide) OR (Parasuicides) OR (Suicide, Completed) OR (Completed Suicides) OR (Suicide, Fatal) OR (Completed Suicide) OR (Fatal Attempt) OR (Fatal Attempts) OR (Fatal Suicide) OR (Fatal Suicides) OR (self-extermination))) AND (((Case-Control Studies)</p>	<p>06.11.2022 140</p>

	<p>OR (Case-Control Study) OR (Studies, Case-Control) OR (Study, Case-Control) OR (Case-Comparison Studies) OR (Case Comparison Studies) OR (Case-Comparison Study) OR (Studies, Case-Comparison) OR (Study, Case-Comparison) OR (Case-Compeer Studies) OR (Studies, Case-Compeer) OR (Case-Referrent Studies) OR (Case Referrent Studies) OR (Case-Referrent Study) OR (Studies, Case-Referrent) OR (Study, Case-Referrent) OR (Case-Referent Studies) OR (Case Referent Studies) OR (Case-Referent Study) OR (Studies, Case-Referent) OR (Study, Case-Referent) OR (Case-Base Studies) OR (Case Base Studies) OR (Studies, Case-Base) OR (Case Control Studies) OR (Case Control Study) OR (Studies, Case Control) OR (Study, Case Control) OR (Nested Case-Control Studies) OR (Case-Control Studies, Nested) OR (Case-Control Study, Nested) OR (Nested Case Control Studies) OR (Nested Case-Control Study) OR (Studies, Nested Case-Control) OR (Study, Nested Case-Control) OR (Matched Case-Control Studies) OR (Case-Control Studies, Matched) OR (Case-Control Study, Matched) OR (Matched Case Control Studies) OR (Matched Case-Control Study) OR (Studies, Matched Case-Control) OR (Study, Matched Case-Control) OR (Cohort Studies) OR (Cohort Study) OR (Studies, Cohort) OR (Study, Cohort) OR (Concurrent Studies) OR (Studies, Concurrent) OR (Concurrent Study) OR (Study, Concurrent) OR (Closed Cohort Studies) OR (Cohort Studies, Closed) OR (Closed Cohort Study) OR (Cohort Study, Closed) OR (Study, Closed Cohort) OR (Studies, Closed Cohort) OR (Analysis, Cohort) OR (Cohort Analysis) OR (Analyses, Cohort) OR (Cohort Analyses) OR (Historical Cohort Studies) OR (Cohort Study, Historical) OR (Historical Cohort Study) OR (Study, Historical Cohort) OR (Cohort Studies, Historical) OR (Studies, Historical Cohort) OR (Incidence Studies) OR (Incidence Study) OR (Studies, Incidence) OR (Study, Incidence)))</p>	
Scopus	<p>TITLE-ABS-KEY (Adult) OR TITLE-ABS-KEY (Adults) OR TITLE-ABS-KEY (Young Adult) OR TITLE-ABS-KEY (Adult, Young) OR TITLE-ABS-KEY (Adults, Young) OR TITLE-ABS-KEY (Young Adults) OR TITLE-ABS-KEY (Middle Aged) OR TITLE-ABS-KEY (Middle Age)</p> <p>AND</p> <p>TITLE-ABS-KEY (Alcoholics) OR TITLE-ABS-KEY (Alcoholic) OR TITLE-ABS-KEY (Skid Row Alcoholics) OR TITLE-ABS-KEY (Alcoholic, Skid Row) OR TITLE-ABS-KEY (Alcoholics, Skid Row) OR</p>	11.09.2021 1416

TITLE-ABS-KEY (Skid Row Alcoholic) OR TITLE-ABS-KEY (Alcoholic Intoxication) OR TITLE-ABS-KEY (Intoxication, Alcoholic) OR TITLE-ABS-KEY (Drunkenness) OR TITLE-ABS-KEY (Drunkennesses) OR TITLE-ABS-KEY (Alcoholism) OR TITLE-ABS-KEY (Alcohol Dependence) OR TITLE-ABS-KEY (Dependence, Alcohol) OR TITLE-ABS-KEY (Alcohol Addiction) OR TITLE-ABS-KEY (Addiction, Alcohol) OR TITLE-ABS-KEY (Alcoholic Intoxication, Chronic) OR TITLE-ABS-KEY (Chronic Alcoholic Intoxication) OR TITLE-ABS-KEY (Intoxication, Chronic Alcoholic) OR TITLE-ABS-KEY (Alcohol Use Disorder) OR TITLE-ABS-KEY (Alcohol Use Disorders) OR TITLE-ABS-KEY (Use Disorders, Alcohol) OR TITLE-ABS-KEY (Alcohol Abuse) OR TITLE-ABS-KEY (Abuse, Alcohol) OR TITLE-ABS-KEY (Ethanol Abuse) OR TITLE-ABS-KEY (Abuse, Ethanol) OR TITLE-ABS-KEY (Alcoholic Beverages) OR TITLE-ABS-KEY (Alcoholic Beverage) OR TITLE-ABS-KEY (Beverage, Alcoholic) OR TITLE-ABS-KEY (Beverages, Alcoholic)

AND

TITLE-ABS-KEY (Suicide) OR TITLE-ABS-KEY (Suicides) OR TITLE-ABS-KEY (Suicide, Attempted) OR TITLE-ABS-KEY (Attempted Suicide) OR TITLE-ABS-KEY (Parasuicide) OR TITLE-ABS-KEY (Parasuicides) OR TITLE-ABS-KEY (Suicide, Completed) OR TITLE-ABS-KEY (Completed Suicides) OR TITLE-ABS-KEY (Suicide, Fatal) OR TITLE-ABS-KEY (Completed Suicide) OR TITLE-ABS-KEY (Fatal Attempt) OR TITLE-ABS-KEY (Fatal Attempts) OR TITLE-ABS-KEY (Fatal Suicide) OR TITLE-ABS-KEY (Fatal Suicides) OR TITLE-ABS-KEY (self-extermination)

AND

TITLE-ABS-KEY (Case-Control Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Control Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Case-Control) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Case-Control) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Comparison Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case Comparison Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Comparison Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Case-Comparison) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Case-Comparison) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Compeer Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Case-Compeer) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Referrent Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case Referrent Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Referrent Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Case-Referrent) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Case-Referrent) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Referent Studies) OR TITLE-

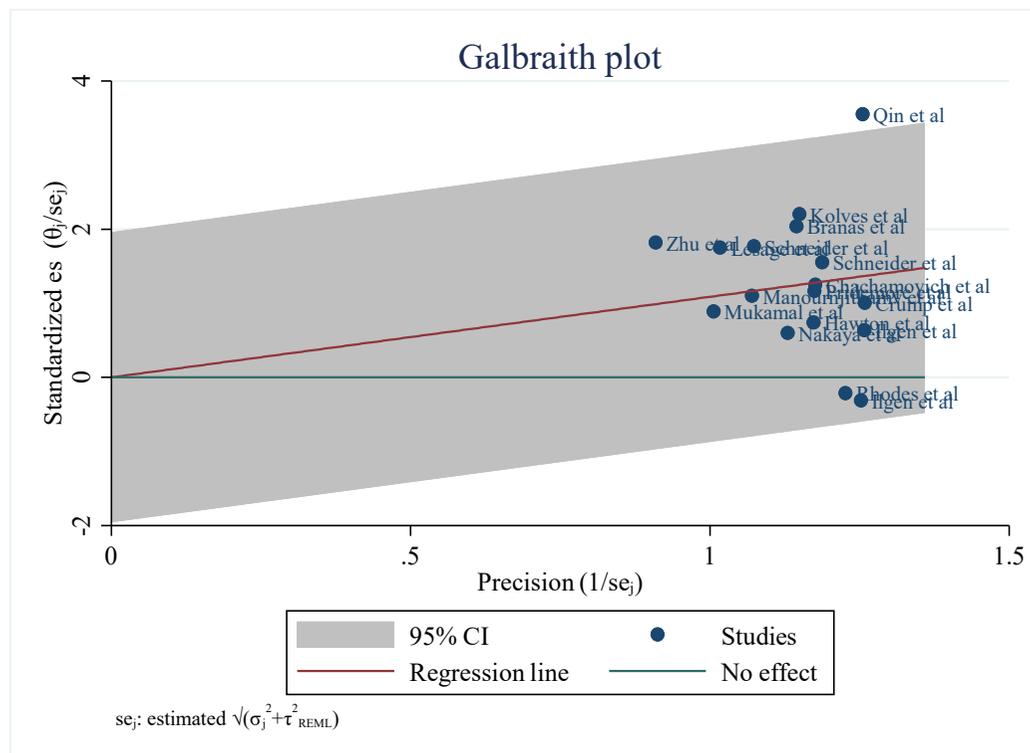
	<p> ABS-KEY (Case Referent Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Referent Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Case-Referent) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Case-Referent) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Base Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case Base Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Case-Base) OR TITLE-ABS-KEY (Case Control Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case Control Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Case Control) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Case Control) OR TITLE-ABS-KEY (Nested Case-Control Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Control Studies, Nested) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Control Study, Nested) OR TITLE-ABS-KEY (Nested Case Control Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Nested Case-Control Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Nested Case-Control) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Nested Case-Control) OR TITLE-ABS-KEY (Matched Case-Control Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Control Studies, Matched) OR TITLE-ABS-KEY (Case-Control Study, Matched) OR TITLE-ABS-KEY (Matched Case Control Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Matched Case-Control Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Matched Case-Control) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Matched Case-Control) OR TITLE-ABS-KEY (Cohort Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Cohort Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Cohort) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Cohort) OR TITLE-ABS-KEY (Concurrent Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Concurrent) OR TITLE-ABS-KEY (Concurrent Study) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Concurrent) OR TITLE-ABS-KEY (Closed Cohort Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Cohort Studies, Closed) OR TITLE-ABS-KEY (Closed Cohort Study) OR TITLE-ABS-KEY (Cohort Study, Closed) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Closed Cohort) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Closed Cohort) OR TITLE-ABS-KEY (Analysis, Cohort) OR TITLE-ABS-KEY (Cohort Analysis) OR TITLE-ABS-KEY (Analyses, Cohort) OR TITLE-ABS-KEY (Cohort Analyses) OR TITLE-ABS-KEY (Historical Cohort Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Cohort Study, Historical) OR TITLE-ABS-KEY (Historical Cohort Study) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Historical Cohort) OR TITLE-ABS-KEY (Cohort Studies, Historical) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Historical Cohort) OR TITLE-ABS-KEY (Incidence Studies) OR TITLE-ABS-KEY (Incidence Study) OR TITLE-ABS-KEY (Studies, Incidence) OR TITLE-ABS-KEY (Study, Incidence) </p>	
--	---	--

<p>PsycInfo</p>	<p>((Adult) OR (Adults) OR (Young Adult) OR (Adult, Young) OR (Adults, Young) OR (Young Adults) OR (Middle Aged) OR (Middle Age))</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>((Alcoholics) OR (Alcoholic) OR (Skid Row Alcoholics) OR (Alcoholic, Skid Row) OR (Alcoholics, Skid Row) OR (Skid Row Alcoholic) OR (Alcoholic Intoxication) OR (Intoxication, Alcoholic) OR (Drunkenness) OR (Drunkennesses) OR (Alcoholism) OR (Alcohol Dependence) OR (Dependence, Alcohol) OR (Alcohol Addiction) OR (Addiction, Alcohol) OR (Alcoholic Intoxication, Chronic) OR (Chronic Alcoholic Intoxication) OR (Intoxication, Chronic Alcoholic) OR (Alcohol Use Disorder) OR (Alcohol Use Disorders) OR (Use Disorders, Alcohol) OR (Alcohol Abuse) OR (Abuse, Alcohol) OR (Ethanol Abuse) OR (Abuse, Ethanol) OR (Alcoholic Beverages) OR (Alcoholic Beverage) OR (Beverage, Alcoholic) OR (Beverages, Alcoholic))</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>((Suicide) OR (Suicides) OR (Suicide, Attempted) OR (Attempted Suicide) OR (Parasuicide) OR (Parasuicides) OR (Suicide, Completed) OR (Completed Suicides) OR (Suicide, Fatal) OR (Completed Suicide) OR (Fatal Attempt) OR (Fatal Attempts) OR (Fatal Suicide) OR (Fatal Suicides) OR (self-extermination))</p> <p style="text-align: center;">AND</p> <p>((Case-Control Studies) OR (Case-Control Study) OR (Studies, Case-Control) OR (Study, Case-Control) OR (Case-Comparison Studies) OR (Case Comparison Studies) OR (Case-Comparison Study) OR (Studies, Case-Comparison) OR (Study, Case-Comparison) OR (Case-Compeer Studies) OR (Studies, Case-Compeer) OR (Case-Referrent Studies) OR (Case Referrent Studies) OR (Case-Referrent Study) OR (Studies, Case-Referrent) OR (Study, Case-Referrent) OR (Case-Referent Studies) OR (Case Referent Studies) OR (Case-Referent Study) OR (Studies, Case-Referent) OR (Study, Case-Referent) OR (Case-Base Studies) OR (Case Base Studies) OR (Studies, Case-Base) OR (Case Control Studies) OR (Case Control Study) OR (Studies, Case Control) OR (Study, Case Control) OR (Nested Case-Control Studies) OR (Case-Control Studies, Nested) OR (Case-Control Study, Nested) OR (Nested Case Control Studies) OR (Nested Case-Control Study) OR (Studies, Nested Case-Control) OR (Study, Nested Case-Control) OR (Matched Case-</p>	<p>06.11.2022 674</p>
------------------------	---	---

	<p>Control Studies) OR (Case-Control Studies, Matched) OR (Case-Control Study, Matched) OR (Matched Case Control Studies) OR (Matched Case-Control Study) OR (Studies, Matched Case-Control) OR (Study, Matched Case-Control) OR (Cohort Studies) OR (Cohort Study) OR (Studies, Cohort) OR (Study, Cohort) OR (Concurrent Studies) OR (Studies, Concurrent) OR (Concurrent Study) OR (Study, Concurrent) OR (Closed Cohort Studies) OR (Cohort Studies, Closed) OR (Closed Cohort Study) OR (Cohort Study, Closed) OR (Study, Closed Cohort) OR (Studies, Closed Cohort) OR (Analysis, Cohort) OR (Cohort Analysis) OR (Analyses, Cohort) OR (Cohort Analyses) OR (Historical Cohort Studies) OR (Cohort Study, Historical) OR (Historical Cohort Study) OR (Study, Historical Cohort) OR (Cohort Studies, Historical) OR (Studies, Historical Cohort) OR (Incidence Studies) OR (Incidence Study) OR (Studies, Incidence) OR (Study, Incidence))</p>	
<p>Open Grey</p>	<p>((Alcoholics) OR (Alcoholic) OR (Skid Row Alcoholics) OR (Alcoholic, Skid Row) OR (Alcoholics, Skid Row) OR (Skid Row Alcoholic) OR (Alcoholic Intoxication) OR (Intoxication, Alcoholic) OR (Drunkenness) OR (Drunkennesses) OR (Alcoholism) OR (Alcohol Dependence) OR (Dependence, Alcohol) OR (Alcohol Addiction) OR (Addiction, Alcohol) OR (Alcoholic Intoxication, Chronic) OR (Chronic Alcoholic Intoxication) OR (Intoxication, Chronic Alcoholic) OR (Alcohol Use Disorder) OR (Alcohol Use Disorders) OR (Use Disorders, Alcohol) OR (Alcohol Abuse) OR (Abuse, Alcohol) OR (Ethanol Abuse) OR (Abuse, Ethanol) OR (Alcoholic Beverages) OR (Alcoholic Beverage) OR (Beverage, Alcoholic) OR (Beverages, Alcoholic)) AND ((Suicide) OR (Suicides) OR (Suicide, Attempted) OR (Attempted Suicide) OR (Parasuicide) OR (Parasuicides) OR (Suicide, Completed) OR (Completed Suicides) OR (Suicide, Fatal) OR (Completed Suicide) OR (Fatal Attempt) OR (Fatal Attempts) OR (Fatal Suicide) OR (Fatal Suicides) OR (self-extermination))</p>	<p>06.11.2022 9</p>

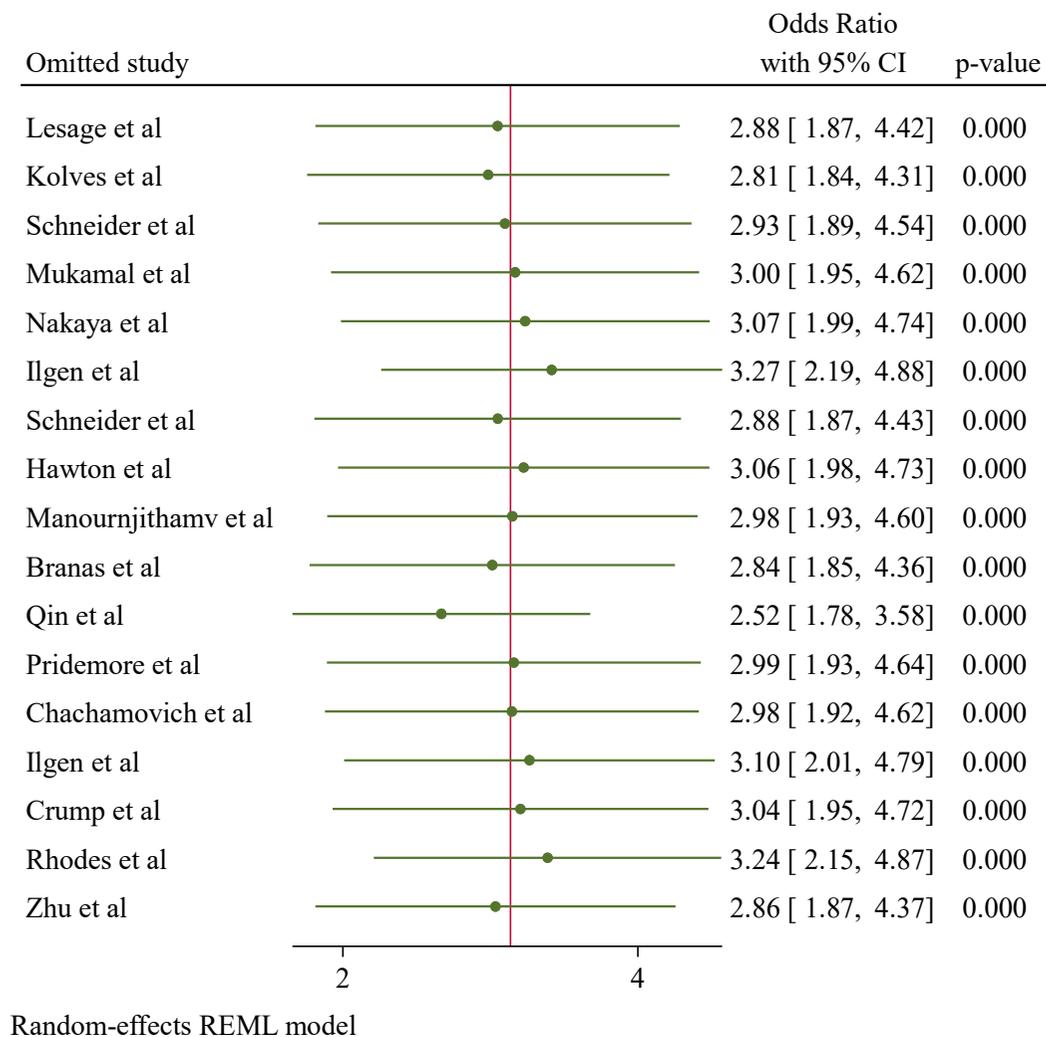
APÊNDICE G

Figura 4. Gráfico de Galbraith



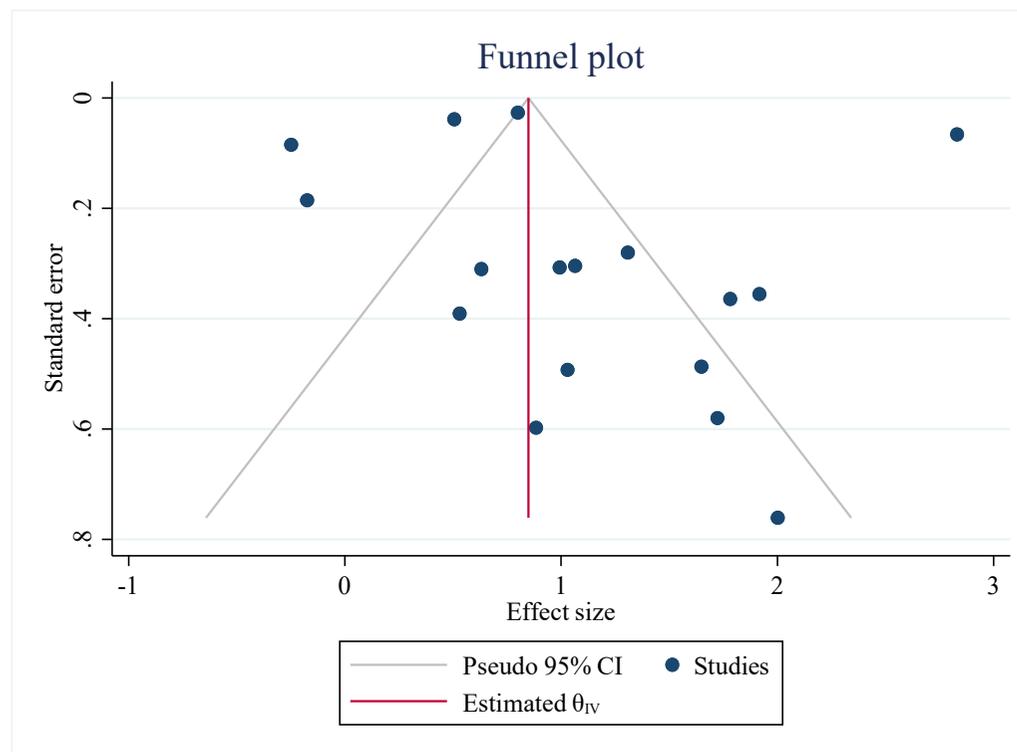
APÊNDICE H

Figura 5. Gráfico de Leave-one-out



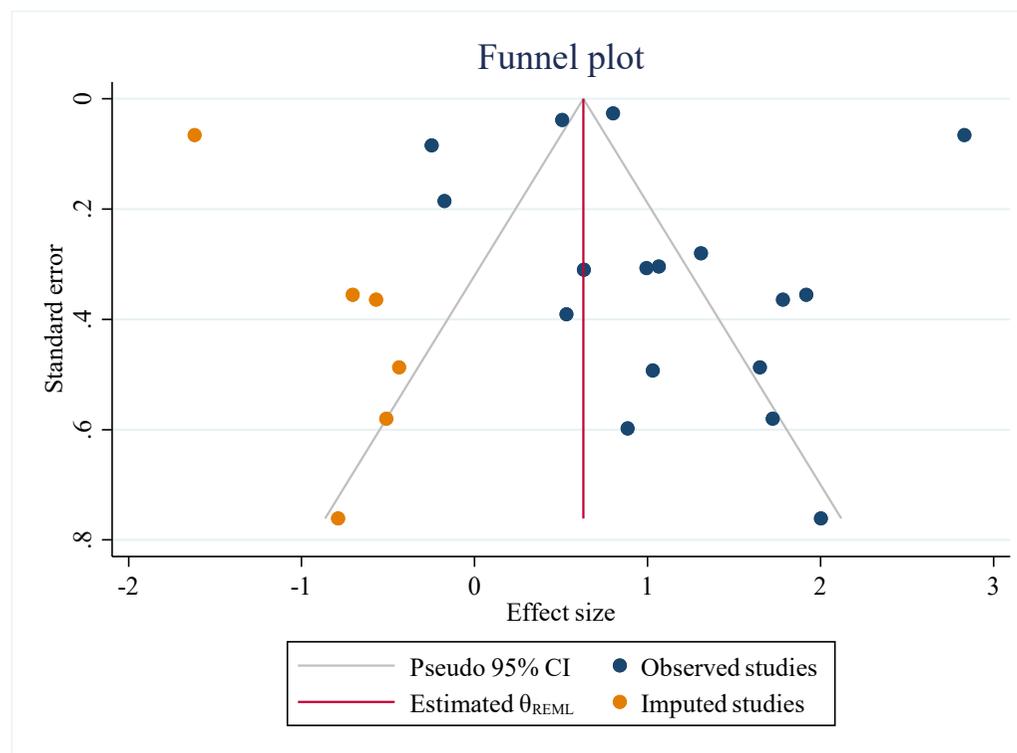
APÊNDICE I

Figura 6. Gráfico de funil



APÊNDICE J

Figura 7. Gráfico Trim and Fill



APÊNDICE K

AVALIAÇÃO DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA POR MEIO DO SISTEMA GRADE

Avaliação de certeza da evidência							
Participantes (estudos) Seguimento	Risco de viés	Inconsistência	Evidência indireta	Imprecisão	Viés de publicação	Certeza geral das provas	Odds Ratio (IC 95%)
(17 estudos observacionais) Metanálise após análise de sensibilidade	não grave	não grave	não grave	não grave	forte associação	⊕⊕⊕○ Moderada	OR 2.34 (2.25 para 2.43)
(6 estudos observacionais) Subgrupo autópsia verbal, entrevista e questionário	não grave	não grave	não grave	não grave	forte associação	⊕⊕⊕○ Moderada	OR 2.89 (2.10 para 3.96)
(4 estudos observacionais) Subgrupo banco de dados e entrevista	grave	não grave	não grave	não grave	associação muito forte	⊕⊕⊕○ Moderada	OR 4.83 (3.05 para 7.66)
(7 estudos observacionais) Subgrupo banco de dados	grave	grave	não grave	grave	forte associação	⊕○○○ Muito baixa	OR 2.32 (1.03 para 5.25)
(16 estudos observacionais) Metanálise excluindo o estudo outlier.	grave	grave	não grave	não grave	forte associação	⊕○○○ Muito baixa	OR 2.52 (1.78 para 3.58)

IC: Intervalo de Confiança; OR: Odds ratio

APÊNDICE L

FICHA DE COLETA DE DADOS

Nº do questionário: _____

Dados da vítima de suicídio:

Nome: _____

Endereço completo: _____

Data de Nascimento: _____

Bairro: _____

Telefone de contato: _____

O nome completo de outro parente ou amigo (a)?

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone de contato: _____

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1- Estudou? Sim (1) Não (2)

2- Até que ano da escola? Série _____ Total de anos de estudo: _____

3- Estado civil:

Solteiro (1) Casado (2) Mora com companheiro (3) Divorciado (4) Viúvo (5) Separado (6)

4- Situação de emprego: Sim (1) Não (2)

5- Última profissão exercida: _____ NSA

6- Cor da sua pele:

Amarela (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Indígena (5) Não sabe

10- Bebida alcoólica? Sim (1) Não (2)

11- Bebeu no dia do ato suicida? Sim (1) Não (2)

12- Fato aconteceu na residência? Sim (1) Não (2)

13- A vítima falava em se suicidar? Sim (1) Não (2)

14- A vítima cometeu tentativa anterior? Sim (1) Não (2)

15- A vítima fazia acompanhamento com psicólogo/ psiquiatra? Sim (1) Não (2)

16- A vítima deixou carta? Sim (1) Não (2)

17- A vítima apresentou mudança no comportamento antes de cometer o ato? Sim (1) Não (2)

18 - A vítima utilizou qual método de suicídio?

Enforcamento (1) Intoxicação Exógena (2) PAF (3) PAB (4) (5) Projeção Não sabe

Outros

ANEXO A

INTERNATIONAL PROSPECTIVE REGISTER OF SYSTEMATIC REVIEWS

Alcoholic beverage consumption and suicide

To enable PROSPERO to focus on COVID-19 submissions, this registration record has undergone basic automated checks for eligibility and is published exactly as submitted. PROSPERO has never provided peer review, and usual checking by the PROSPERO team does not endorse content. Therefore, automatically published records should be treated as any other PROSPERO registration. Further detail is provided [here](#).

Citation

Elaine Ramos de Moraes Rego, Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo, Dayde Mendonça. Alcoholic beverage consumption and suicide. PROSPERO 2021 CRD42021260811 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021260811

Review question

Do adults who consume alcohol have a higher risk of suicide?

Searches

Seven databases will be selected, including: Embase, Web of Science, Virtual Health Library, Scopus, MEDLINE (PubMed), CINAHL and PsycINFO. Records will be screened in the grey literature through the OpenGrey database and the reference lists of the included studies will be checked for the location of evidence on the subject. All references will be tracked on June 13, 2021.

Types of study to be included

Cohort and Case-control

Condition or domain being studied

Attempted suicide or suicide

Participants/population

Adults

Intervention(s), exposure(s)

Abusive consumption of alcoholic beverages

Comparator(s)/control

Do not abuse alcohol

Context

We will include studies that presented validated instruments to measure exposure (alcohol consumption) or that underwent laboratory tests to verify blood alcohol levels. Investigations with the elderly, adolescents and children, cross-

sectional study, case studies and reviews will be excluded. There will be no restriction on the language or publication period.

Main outcome(s)

Suicide will be classified according to evidence of clinical history or police investigation.

Measures of effect

Odds Ratio and Relative Risk

Additional outcome(s)

Mean alcohol consumption in the population investigated.

Measures of effect

Mean and standard deviation for calculating the mean difference.

Data extraction (selection and coding)

Data extraction will be performed through the Start program (2) and this step will be performed by two authors independently. The variables used in the extraction phase will be: author, year of publication, definition of exposure, definition of outcome, type of study, measure of association, type of analysis and conclusion of the research.

Risk of bias (quality) assessment

The evaluation of the methodological quality of the original studies will be carried out using the Quality Access Scale - Newcastle-Ottawa instrument (3). Three domains were evaluated for each design. In cohort studies, the characteristics about selection, comparability and exposure will be analyzed. For case-control investigations, the items selection, comparability and outcome will be evaluated. The final classification of the study will be considered low if it obtained up to 3 stars; moderate was 4 to 6 stars and high when the score was higher than 7 stars.

Strategy for data synthesis

The data will be analyzed in the statistical program STATA® version 17, serial number: 301709305247(4). The I^2 test will be applied to estimate the statistical heterogeneity of the evaluated studies. Values higher than 60% were considered with high inconsistency(5). The measure of summary association and respective confidence interval of 95% will be obtained through the meta-analysis of random effects. The results will be displayed in the forest plot.

Analysis of subgroups or subsets

Additionally, the publication bias will be evaluated using the Egger test ($p < 0.10$) and funnel plot. Sensitivity analyses and subgroup will be applied to investigate heterogeneity.

Contact details for further information

ANA CLAUDIA MORAIS GODOY FIGUEIREDO
aninha_m_godoy@hotmail.com

Organisational affiliation of the review

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
<http://www.fepecs.edu.br/>

Review team members and their organisational affiliations [4 changes]

Miss Elaine Ramos de Moraes Rego. Universidade de Brasília

Professor Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Professor Dayde Mendonça. Universidade de Brasília

Type and method of review

Systematic review

Anticipated or actual start date

03 June 2021

Anticipated completion date [1 change]

31 January 2022

Funding sources/sponsors

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

04/2019

Conflicts of interest

Language

English

Country

Brazil

Stage of review [1 change]

Review Completed not published

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

Alcohol Drinking; Alcoholic Beverages; Humans; Suicide

Date of registration in PROSPERO

14 July 2021

Date of first submission

13 June 2021

Stage of review at time of this submission [3 changes]

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	Yes
Piloting of the study selection process	Yes	Yes
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	Yes
Data extraction	Yes	Yes
Risk of bias (quality) assessment	Yes	Yes
Data analysis	Yes	Yes

Revision note

Review finished awaiting submission

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

14 July 2021

14 July 2021

05 October 2021

05 October 2021

05 November 2022

13 November 2022

ANEXO B



PRISMA 2020 for Abstracts Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Reported (Yes/No)
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	Yes
BACKGROUND			
Objectives	2	Provide an explicit statement of the main objective(s) or question(s) the review addresses.	Yes
METHODS			
Eligibility criteria	3	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review.	Yes
Information sources	4	Specify the information sources (e.g. databases, registers) used to identify studies and the date when each was last searched.	Yes
Risk of bias	5	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies.	Yes
Synthesis of results	6	Specify the methods used to present and synthesise results.	Yes
RESULTS			
Included studies	7	Give the total number of included studies and participants and summarise relevant characteristics of studies.	Yes
Synthesis of results	8	Present results for main outcomes, preferably indicating the number of included studies and participants for each. If meta-analysis was done, report the summary estimate and confidence/credible interval. If comparing groups, indicate the direction of the effect (i.e. which group is favoured).	Yes
DISCUSSION			
Limitations of evidence	9	Provide a brief summary of the limitations of the evidence included in the review (e.g. study risk of bias, inconsistency and imprecision).	Yes
Interpretation	10	Provide a general interpretation of the results and important implications.	Yes
OTHER			
Funding	11	Specify the primary source of funding for the review.	Yes
Registration	12	Provide the register name and registration number.	Yes

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

ANEXO C



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	20
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	20 and 21
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	22 and 23
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	23
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	24
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	23 and Supplementary material
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	24 and Supplementary material
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	24 and 25
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	25
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	25
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	25
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	25, 26 and Supplementary material
Effect	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of	26

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
measures		results.	
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	26
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	26
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	26
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	26
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	26
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	26
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	26
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	26
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	27 and 28
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	Supplementary material
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	Supplementary material
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	Supplementary material
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	29 to 31
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	30
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	30 and 31
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	31
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	31

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	30 and 31
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	31
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	32
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	33 and 34
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	33 and 34
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	33 and 34
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	26
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	26
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	26
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	34
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	34
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	Supplementary material

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

ANEXO D

PRESS – CHECKLIST

Peer Review of Electronic Search Strategies

PRESS Guideline — Search Submission & Peer Review Assessment SEARCH

SUBMISSION: THIS SECTION TO BE FILLED IN BY THE SEARCHER

Searcher: Elaine	Email: elaineramos.fisioterapeuta@gmail.com
Date submitted: 11.09.2021	Date requested by: 16.09.2021 [Maximum = 5 working days]

Systematic Review Title:

Consumo de bebida alcoólica e suicídio

This search strategy is...

x	My PRIMARY (core) database strategy — First time submitting a strategy for search question and database
	My PRIMARY (core) strategy — Follow-up review NOT the first time submitting a strategy for search question and database. If this is a response to peer review, itemize the changes made to the review suggestions
	SECONDARY search strategy— First time submitting a strategy for search question and database
	SECONDARY search strategy — NOT the first time submitting a strategy for search question and database. If this is a response to peer review, itemize the changes made to the review suggestions

Database

(i.e., MEDLINE, CINAHL...): *[mandatory]*

Medline

Interface

(i.e., Ovid, EBSCO...): *[mandatory]*

Pubmed

Research Question

(Describe the purpose of the search) *[mandatory]*

Será que pessoas adultas que consomem bebida alcoólica tem maior risco de suicídio?

PICO Format

(Outline the PICOs for your question — i.e., Patient, Intervention, Comparison, Outcome, and Study Design — as applicable)

P	Adultos
E	Consumo de bebida alcoólica
C	Ausência do consumo de bebida alcoólica
O	Suicídio
S	Não terá restrição

Inclusion Criteria

(List criteria such as age groups, study designs, etc., to be included) *[optional]*

Foram incluídos estudos sobre consumo de bebida alcoólica e suicídio. Apenas estudos que apresentaram instrumentos validados para mensurar a exposição (consumo de bebida alcoólica) ou que realizaram exame laboratorial para verificar os níveis de álcool no sangue.

Exclusion Criteria

(List criteria such as study designs, date limits, etc., to be excluded) *[optional]*

Pesquisas transversais, estudos de caso, revisões, artigos com informações autorreferidas foram excluídas. Não houve restrição em relação ao idioma ou período de publicação.

Was a search filter applied?

Yes No

If YES, which one(s) (e.g., Cochrane RCT filter, PubMed Clinical Queries filter)?
Provide the source if this is a published filter. *[mandatory if YES to previous question — textbox]*

Other notes or comments you feel would be useful for the peer reviewer? *[optional]*

Please copy and paste your search strategy here, exactly as run, including the number of hits per line. *[mandatory]*

(Add more space, as necessary.)

	DECS OU MESH	LINHAS DA ESTRATÉGIA	DATA DA BUSCA E NÚMERO DE ESTUDOS LOCALIZADOS
P	Descritores da população Adult Adults Young Adult Adult, Young Adults, Young Young Adults Middle Aged Middle Age	#1 ((((((((((Adult[MeSH Terms]) OR (Adult[Title/Abstract])) OR (Adults[Title/Abstract])) OR (Young Adult[MeSH Terms])) OR (Young Adult[Title/Abstract])) OR (Adult, Young[Title/Abstract])) OR (Adults, Young[Title/Abstract])) OR (Young Adults[Title/Abstract])) OR (Middle Aged[MeSH Terms])) OR (Middle Aged[Title/Abstract])) OR (Middle Age[Title/Abstract])	8137192
	AND		

E	<p>Descritores da intervenção ou exposição</p> <p>Alcoholics</p> <p>Alcoholic</p> <p>Skid Row Alcoholics</p> <p>Alcoholic, Skid Row</p> <p>Alcoholics, Skid Row</p> <p>Skid Row Alcoholic</p> <p>Alcoholic Intoxication</p> <p>Intoxication, Alcoholic</p> <p>Drunkenness</p> <p>Drunkennesses</p> <p>Alcoholism</p> <p>Alcohol Dependence</p> <p>Dependence, Alcohol</p> <p>Alcohol Addiction</p> <p>Addiction, Alcohol</p> <p>Alcoholic Intoxication, Chronic</p> <p>Chronic Alcoholic Intoxication</p> <p>Intoxication, Chronic Alcoholic</p>	<p>#2</p> <p>((((((((((((((((((((((((((((((((Alcoholics[MeSH Terms]) OR (Alcoholics[Title/Abstract])) OR (Alcoholic[Title/Abstract]) OR (Skid Row Alcoholics[Title/Abstract]) OR (Alcoholic, Skid Row[Title/Abstract])) OR (Alcoholics, Skid Row[Title/Abstract])) OR (Skid Row Alcoholic[Title/Abstract]) OR (Alcoholic Intoxication[Title/Abstract]) OR (Alcoholic Intoxication[MeSH Terms])) OR (Alcoholic Intoxication[Title/Abstract])) OR (Intoxication, Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Drunkenness[Title/Abstract]) OR (Drunkennesses[Title/Abstract]) OR (Alcoholism[Title/Abstract])) OR (Alcoholism[MeSH Terms])) OR (Alcohol Dependence[Title/Abstract])) OR (Dependence, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Alcohol Addiction[Title/Abstract])) OR (Addiction, Alcohol[Title/Abstract]))</p>	175921
---	--	---	--------

	<p>Alcohol Use Disorder</p> <p>Alcohol Use Disorders</p> <p>Use Disorders, Alcohol</p> <p>Alcohol Abuse</p> <p>Abuse, Alcohol</p> <p>Ethanol Abuse</p> <p>Abuse, Ethanol</p> <p>Alcoholic Beverages</p> <p>Alcoholic Beverage</p> <p>Beverage, Alcoholic</p> <p>Beverages, Alcoholic</p>	<p>OR (Alcoholic Intoxication, Chronic[Title/Abstract])</p> <p>OR (Chronic Alcoholic Intoxication[Title/Abstract])</p> <p>) OR (Intoxication, Chronic Alcoholic[Title/Abstract])</p> <p>OR (Alcohol Use Disorder[Title/Abstract])</p> <p>OR (Alcohol Use Disorders[Title/Abstract])</p> <p>OR (Use Disorders, Alcohol[Title/Abstract])</p> <p>OR (Alcohol Abuse[Title/Abstract])</p> <p>OR (Abuse, Alcohol[Title/Abstract])</p> <p>OR (Ethanol Abuse[Title/Abstract])</p> <p>OR (Abuse, Ethanol[Title/Abstract])</p> <p>OR (Alcoholic Beverages[Title/Abstract])</p> <p>OR (Alcoholic Beverages[MeSH Terms])</p> <p>OR (Alcoholic Beverage[Title/Abstract])</p> <p>OR (Beverage, Alcoholic[Title/Abstract])</p> <p>OR (Beverages, Alcoholic[Title/Abstract])</p>	
C	Não é necessário incluir descritores.	Não tem	
	AND		

O	<p>Descritores do desfecho</p> <p>Suicide</p> <p>Suicides</p> <p>Suicide, Attempted</p> <p>Attempted Suicide</p> <p>Parasuicide</p> <p>Parasuicides</p> <p>Suicide, Completed</p> <p>Completed Suicides</p> <p>Suicide, Fatal</p> <p>Completed Suicide</p> <p>Fatal Attempt</p> <p>Fatal Attempts</p> <p>Fatal Suicide</p> <p>Fatal Suicides</p> <p>self-extermination</p>	<p>#3</p> <p>((((((((((((((((Suicide[MeSH Terms]) OR (Suicide[Title/Abstract])) OR (Suicides[Title/Abstract])) OR (Suicide, Attempted[MeSH Terms])) OR (Suicide, Attempted[Title/Abstract])) OR (Attempted Suicide[Title/Abstract])) OR (Parasuicide[Title/Abstract])) OR (Parasuicides[Title/Abstract])) OR (Suicide, Completed[MeSH Terms])) OR (Suicide, Completed[Title/Abstract]) OR (Completed Suicides[Title/Abstract])) OR (Suicide, Fatal[Title/Abstract])) OR (Completed Suicide[Title/Abstract])) OR (Fatal Attempt[Title/Abstract])) OR (Fatal Attempts[Title/Abstract])) OR (Fatal Suicide[Title/Abstract])) OR (Fatal Suicides[Title/Abstract])) OR (self-</p>	91314
---	--	---	-------

Case-Referent Studies	OR (Study, Case-Referent[Title/Abstract]))
Case Referent Studies	OR (Case-Referent Studies[Title/Abstract]))
Case-Referent Study	OR (Case Referent Studies[Title/Abstract]))
Studies, Case-Referent	OR (Case-Referent Study[Title/Abstract])) OR (Studies, Case-Referent[Title/Abstract]))
Study, Case-Referent	OR (Study, Case-Referent[Title/Abstract]))
Case-Base Studies	OR (Study, Case-Referent[Title/Abstract]))
Case Base Studies	OR (Case-Base Studies[Title/Abstract]))
Studies, Case-Base	OR (Case Base Studies[Title/Abstract]))
Case Control Studies	OR (Studies, Case-Base[Title/Abstract]))
Case Control Study	OR (Case Control Studies[Title/Abstract]))
Studies, Case Control	OR (Case Control Study[Title/Abstract])) OR (Studies, Case Control[Title/Abstract]))
Study, Case Control	OR (Case Control Study[Title/Abstract])) OR (Studies, Case Control[Title/Abstract]))
Nested Case-Control Studies	OR (Case Control Study[Title/Abstract]))
Case-Control Studies, Nested	OR (Study, Case Control[Title/Abstract]))
Case-Control Study, Nested	OR (Nested Case-Control Studies[Title/Abstract]))
Nested Case Control Studies	OR (Case-Control Studies, Nested[Title/Abstract])) OR (Case-Control Study, Nested[Title/Abstract]))
Nested Case-Control Study	OR (Nested Case Control Studies[Title/Abstract]))
Studies, Nested Case-Control	OR (Nested Case-Control Studies[Title/Abstract]))

	<p>Study, Nested Case- Control</p> <p>Matched Case- Control Studies</p> <p>Case-Control Studies, Matched</p> <p>Case-Control Study, Matched</p> <p>Matched Case Control Studies</p> <p>Matched Case- Control Study</p> <p>Studies, Matched Case- Control</p> <p>Study, Matched Case- Control</p>	<p>Study[Title/Abstract])) OR (Studies, Nested Case- Control[Title/Abstract])) OR (Study, Nested Case- Control[Title/Abstract])) OR (Matched Case-Control Studies[Title/Abstract])) OR (Case-Control Studies, Matched[Title/Abstract])) OR (Case-Control Study, Matched[Title/Abstract])) OR (Matched Case Control Studies[Title/Abstract])) OR (Matched Case-Control Study[Title/Abstract])) OR (Studies, Matched Case- Control[Title/Abstract])) OR (Study, Matched Case- Control[Title/Abstract]))</p>	
<p>S</p>	<p>Cohort Studies</p> <p>Cohort Study</p> <p>Studies, Cohort</p> <p>Study, Cohort</p> <p>Concurrent Studies</p> <p>Studies, Concurrent</p> <p>Concurrent Study</p> <p>Study, Concurrent</p> <p>Closed Cohort Studies</p>	<p>((((((((((((((((((((((((((((((((Cohort Studies[MeSH Terms]) OR (Cohort Studies[Title/Abstract])) OR (Cohort Study[Title/Abstract])) OR (Studies, Cohort[Title/Abstract])) OR (Study, Cohort[Title/Abstract])) OR (Concurrent Studies[Title/Abstract])) OR (Studies, Concurrent[Title/Abstract])) OR (Concurrent Study[Title/Abstract])) OR (Study, Concurrent[Title/Abstract])) OR (Closed Cohort Studies[Title/Abstract])) OR (Cohort Studies,</p>	

	<p>Cohort Studies, Closed</p> <p>Closed Cohort Stud y</p> <p>Cohort Study, Closed</p> <p>Study, Closed Cohort</p> <p>Studies, Closed Cohort</p> <p>Analysis, Cohort</p> <p>Cohort Analysis</p> <p>Analyses, Cohort</p> <p>Cohort Analyses</p> <p>Historical Cohort Studies</p> <p>Cohort Study, Historical</p> <p>Historical Cohort St udy</p> <p>Study, Historical Cohort</p> <p>Cohort Studies, Historical</p> <p>Studies, Historical Cohort</p> <p>Incidence Studies</p> <p>Incidence Study</p> <p>Studies, Incidence</p> <p>Study, Incidence</p>	<p>Closed[Title/Abstract])) OR (Closed Cohort Study[Title/Abstract])) OR (Cohort Study, Closed[Title/Abstract])) OR (Study, Closed Cohort[Title/Abstract])) OR (Studies, Closed Cohort[Title/Abstract])) OR (Analysis, Cohort[Title/Abstract])) OR (Cohort Analysis[Title/Abstract])) OR (Analyses, Cohort[Title/Abstract])) OR (Cohort Analyses[Title/Abstract])) OR (Historical Cohort Studies[Title/Abstract])) OR (Cohort Study, Historical[Title/Abstract])) OR (Historical Cohort Study[Title/Abstract])) OR (Study, Historical Cohort[Title/Abstract])) OR (Cohort Studies, Historical[Title/Abstract])) OR (Studies, Historical Cohort[Title/Abstract])) OR (Incidence Studies[Title/Abstract])) OR (Incidence Study[Title/Abstract])) OR (Studies, Incidence[Title/Abstract])) OR (Study, Incidence[Title/Abstract])</p>	
--	--	--	--

--	--	--	--

*Utilize as adaptações do acrônimo conforme a necessidade.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA FINAL	DATA E NÚMERO DE ESTUDOS LOCALIZADOS
Pubmed	<p>(((((((((((Adult[MeSH Terms]) OR (Adult[Title/Abstract])) OR (Adults[Title/Abstract])) OR (Young Adult[MeSH Terms])) OR (Young Adult[Title/Abstract])) OR (Adult, Young[Title/Abstract])) OR (Adults, Young[Title/Abstract])) OR (Young Adults[Title/Abstract])) OR (Middle Aged[MeSH Terms])) OR (Middle Aged[Title/Abstract])) OR (Middle Age[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Alcoholics[MeSH Terms]) OR (Alcoholics[Title/Abstract])) OR (Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Skid Row Alcoholics[Title/Abstract])) OR (Alcoholic, Skid Row[Title/Abstract])) OR (Alcoholics, Skid Row[Title/Abstract])) OR (Skid Row Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Alcoholic Intoxication[MeSH Terms])) OR (Alcoholic Intoxication[Title/Abstract])) OR (Intoxication, Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Drunkenness[Title/Abstract])) OR (Drunkennesses[Title/Abstract])) OR (Alcoholism[Title/Abstract])) OR (Alcoholism[MeSH Terms])) OR (Alcohol Dependence[Title/Abstract])) OR (Dependence, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Alcohol Addiction[Title/Abstract])) OR (Addiction, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Alcoholic Intoxication, Chronic[Title/Abstract])) OR (Chronic Alcoholic Intoxication[Title/Abstract])) OR (Intoxication, Chronic Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Alcohol Use Disorder[Title/Abstract])) OR (Alcohol Use Disorders[Title/Abstract])) OR (Use Disorders, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Alcohol Abuse[Title/Abstract])) OR (Abuse, Alcohol[Title/Abstract])) OR (Ethanol Abuse[Title/Abstract])) OR (Abuse, Ethanol[Title/Abstract])) OR (Alcoholic Beverages[Title/Abstract])) OR (Alcoholic Beverages[MeSH Terms])) OR (Alcoholic Beverage[Title/Abstract])) OR (Beverage, Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Beverages, Alcoholic[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Suicide[MeSH Terms]) OR (Suicide[Title/Abstract])) OR (Suicides[Title/Abstract])) OR</p>	11.09.2021 2816

	<p>(Suicide, Attempted[MeSH Terms])) OR (Suicide, Attempted[Title/Abstract])) OR (Attempted Suicide[Title/Abstract])) OR (Parasuicide[Title/Abstract])) OR (Parasuicides[Title/Abstract])) OR (Suicide, Completed[MeSH Terms])) OR (Suicide, Completed[Title/Abstract])) OR (Completed Suicides[Title/Abstract])) OR (Suicide, Fatal[Title/Abstract])) OR (Completed Suicide[Title/Abstract])) OR (Fatal Attempt[Title/Abstract])) OR (Fatal Attempts[Title/Abstract])) OR (Fatal Suicide[Title/Abstract])) OR (Fatal Suicides[Title/Abstract]))</p>	
--	---	--

PEER REVIEW ASSESSMENT: THIS SECTION TO BE FILLED IN BY THE REVIEWER

Reviewer: Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Email: aninha.morais.godoy@gmail.com	Date completed:11.09.21
--	---	--------------------------------

1. TRANSLATION

	A. No revisions	x	
	B. Revision(s) suggested	<input type="checkbox"/>	
	C. Revision(s) required	<input type="checkbox"/>	

If "B" or "C," please provide an explanation or example:

--

2. BOOLEAN AND PROXIMITY OPERATORS

	A. No revisions	x	
	B. Revision(s) suggested	<input type="checkbox"/>	
	C. Revision(s) required	<input type="checkbox"/>	

If "B" or "C," please provide an explanation or example:

--

3. SUBJECT HEADINGS

	A. No revisions	<input type="checkbox"/>	
	B. Revision(s) suggested	x	
	C. Revision(s) required	<input type="checkbox"/>	

If "B" or "C," please provide an explanation or example:

Sugiro incluir o termo autoextermínio na busca para completar o desfecho. Não identifiquei como um descritor, mas pode ser empregado como um termo similar a suicídio em inglês.
--

4. TEXT WORD SEARCHING

	A. No revisions	x	
	B. Revision(s) suggested	<input type="checkbox"/>	
	C. Revision(s) required	<input type="checkbox"/>	

If "B" or "C," please provide an explanation or example:

--

5. SPELLING, SYNTAX, AND LINE NUMBERS			
	A. No revisions	<input checked="" type="checkbox"/>	
	B. Revision(s) suggested	<input type="checkbox"/>	
	C. Revision(s) required	<input type="checkbox"/>	

If "B" or "C," please provide an explanation or example:

--

6. LIMITS AND FILTERS			
	A. No revisions	<input type="checkbox"/>	
	B. Revision(s) suggested	<input checked="" type="checkbox"/>	
	C. Revision(s) required	<input type="checkbox"/>	

If "B" or "C," please provide an explanation or example:

A pergunta de investigação é voltada para avaliar o risco de suicídio em pessoas que consomem bebida alcoólica. Desse modo, como é esperado estimar o risco na perspectiva de prognóstico, recomendo aplicar um filtro metodológico para estudos de corte e caso-controle.

7. OVERALL EVALUATION (Note: If one or more "revision required" is noted above, the response below must be "revisions required".)			
	A. No revisions	<input checked="" type="checkbox"/>	
	B. Revision(s) suggested	<input type="checkbox"/>	
	C. Revision(s) required	<input type="checkbox"/>	

Additional comments:

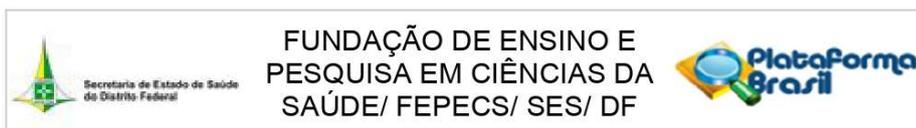
--

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA FINAL	DATA E NÚMERO DE ESTUDOS LOCALIZADOS
Pubmed	<p>((((((((((((Adult[MeSH Terms]) OR (Adult[Title/Abstract])) OR (Adults[Title/Abstract])) OR (Young Adult[MeSH Terms])) OR (Young Adult[Title/Abstract])) OR (Adult, Young[Title/Abstract])) OR (Adults, Young[Title/Abstract])) OR (Young Adults[Title/Abstract])) OR (Middle Aged[MeSH Terms])) OR (Middle Aged[Title/Abstract])) OR (Middle Age[Title/Abstract])) AND (((((((((((((((((((((((((((((((Alcoholics[MeSH Terms]) OR (Alcoholics[Title/Abstract])) OR (Alcoholic[Title/Abstract])) OR (Skid Row Alcoholics[Title/Abstract])) OR (Alcoholic, Skid Row[Title/Abstract])) OR (Alcoholics, Skid Row[Title/Abstract]))</p>	11.09.2021 1767

	<p>Closed[Title/Abstract])) OR (Closed Cohort Study[Title/Abstract])) OR (Cohort Study, Closed[Title/Abstract])) OR (Study, Closed Cohort[Title/Abstract])) OR (Studies, Closed Cohort[Title/Abstract])) OR (Analysis, Cohort[Title/Abstract])) OR (Cohort Analysis[Title/Abstract])) OR (Analyses, Cohort[Title/Abstract])) OR (Cohort Analyses[Title/Abstract])) OR (Historical Cohort Studies[Title/Abstract])) OR (Cohort Study, Historical[Title/Abstract])) OR (Historical Cohort Study[Title/Abstract])) OR (Study, Historical Cohort[Title/Abstract])) OR (Cohort Studies, Historical[Title/Abstract])) OR (Studies, Historical Cohort[Title/Abstract])) OR (Incidence Studies[Title/Abstract])) OR (Incidence Study[Title/Abstract])) OR (Studies, Incidence[Title/Abstract])) OR (Study, Incidence[Title/Abstract]))</p>	
--	---	--

ANEXO E

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores risco para o consumo de drogas lícitas e ilícitas em vítimas de suicídio no Distrito Federal

Pesquisador: Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13796319.6.0000.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.400.449

Apresentação do Projeto:

O consumo drogas é uma prática comum entre as pessoas em todo mundo, uma vez que produz sensações de bem-estar, euforia e alegria transitória.

Hipótese:

Características sociodemográficas, condição de saúde e estilo de vida são fatores de risco para o consumo de drogas lícitas e ilícitas entre as vítimas de suicídio no Distrito Federal.

Critério de Inclusão:

Todas as pessoas que morreram ou morrerão entre 01 de janeiro 2006 e 31 de dezembro de 2021, cuja causa básica de óbito final será definida como suicídio e que os dados estejam registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Critério de Exclusão:

Casos suspeitos ou inconclusivos acerca da caracterização do suicídio serão excluídos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os fatores risco para o consumo de drogas lícitas e ilícitas entre as pessoas que foram ou irão a óbito por suicídio, entre 2006 e 2021, bem como a distribuição espacial do agravo no Distrito Federal.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

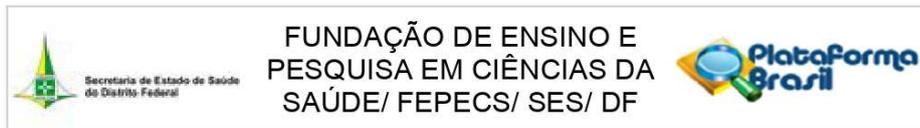
Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comiteeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.400.449

Objetivo Secundário:

Descrever as características das vítimas de suicídio no Distrito Federal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Devido ao fato de que esta pesquisa utilizará registros documentais (ficha de investigação de óbito da GLASS e Declaração de Óbito) sobre óbitos ocorridos no Distrito Federal não há exposição clara dos indivíduos falecidos a riscos.

No entanto, o projeto de pesquisa apresenta riscos acerca do extravasamento de dados, bem como exposição de informações acerca da história de saúde do falecido disponibilizado na ficha de investigação. Para minimiza-los, cada ficha de coleta de dados será identificada com uma numeração, sem a identificação dos dados pessoais do falecido. Ainda, todas as fichas de investigação do projeto de pesquisa serão arquivadas nas dependências da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, na Subsecretaria de Vigilância à Saúde, na Gerência de Informação e Análise da Situação de Saúde e serão examinadas exclusivamente neste ambiente. Por fim, todos os pesquisadores envolvidos assinarão um termo de sigilo sobre a ótica da Resolução 466/2012.

Benefícios:

Desse modo, o projeto de pesquisa poderá contribuir para subsidiar políticas públicas de saúde que visem ações de prevenção do ato suicida nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Os grandes avanços esperados são: 1) Reconhecimento da magnitude dos óbitos devido ao suicídio na população do Distrito Federal para melhor estruturação da atenção primária em saúde e captação dos potenciais indivíduos expostos ao risco; Minimização dos possíveis efeitos de subnotificação nos Sistemas de Informação da SES-DF e; Aprimoramento dos serviços de saúde.

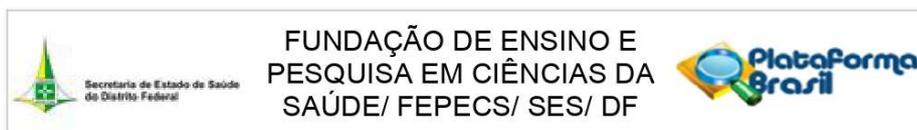
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo observacional, longitudinal, com aspecto analítico, com registros de óbitos disponibilizados pela Gerência de Informação e Análise da Situação de Saúde do Distrito Federal (GLASS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- FOLHA DE ROSTO E TERMO DE ANUÊNCIA DE ACORDO;
- TERMO DE ENCAMINHAMENTO E TERMO DE COMPROMISSO DE ACORDO;
- HIPÓTESE, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE ACORDO;

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.400.449

- DISPENSA DE TCLE: DEFERIDA;
- PLANILHA DE ORÇAMENTO APRESENTADA;
- APRESENTOU RISCOS E BENEFÍCIOS E A FORMA DE MINIMIZAR OS RISCOS;
- CRONOGRAMA APRESENTADO :JULHO E AGOSTO DE 2019.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO.

AS PENDÊNCIAS FORAM TODAS RESPONDIDAS

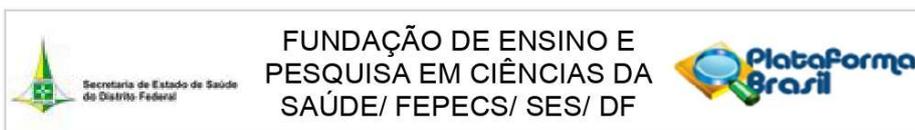
O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1350457.pdf	11/06/2019 22:28:58		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	11/06/2019 22:28:38	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Outros	Carta_de_resposta.pdf	11/06/2019 22:26:03	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Outros	FORMULARIO_PARA_COLETA_DOS_DADOS.docx	11/06/2019 22:25:13	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	11/06/2019 22:24:45	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	09/05/2019 12:53:59	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/05/2019 12:45:52	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Declaração de Instituição e	cartaanuenciainstituicao.pdf	09/05/2019 12:38:47	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.400.449

Infraestrutura	cartaanuenciainstituicao.pdf	09/05/2019 12:38:47	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Outros	ModCartaEncamProjetoCEPFEPECS.pdf	06/05/2019 18:04:12	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Outros	ModCurricVitae.doc	06/05/2019 18:02:36	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/05/2019 18:01:19	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Outros	Ana_Claudia_Morais_Godoy_Figueiredo.pdf	06/05/2019 17:55:14	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Outros	Priscilla_Perez_da_Silva_Pereira.pdf	06/05/2019 17:53:30	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Outros	Isaac_Suzart_Gomes_Filho.pdf	06/05/2019 17:52:36	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Outros	Simone_Seixas_da_Cruz.pdf	06/05/2019 17:51:33	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ModTermoCompPesq.pdf	06/05/2019 17:49:43	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModRequerimentoDispensaTCLE.pdf	06/05/2019 17:49:06	Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 18 de Junho de 2019

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO F

STROBE

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	39
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	39
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	41
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	41
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	42
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	42
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	42
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	44
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	43
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	-
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	42
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	44
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	45
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	45
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	45
		(e) Describe any sensitivity analyses	45
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	-
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	-
		(c) Consider use of a flow diagram	-
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	45

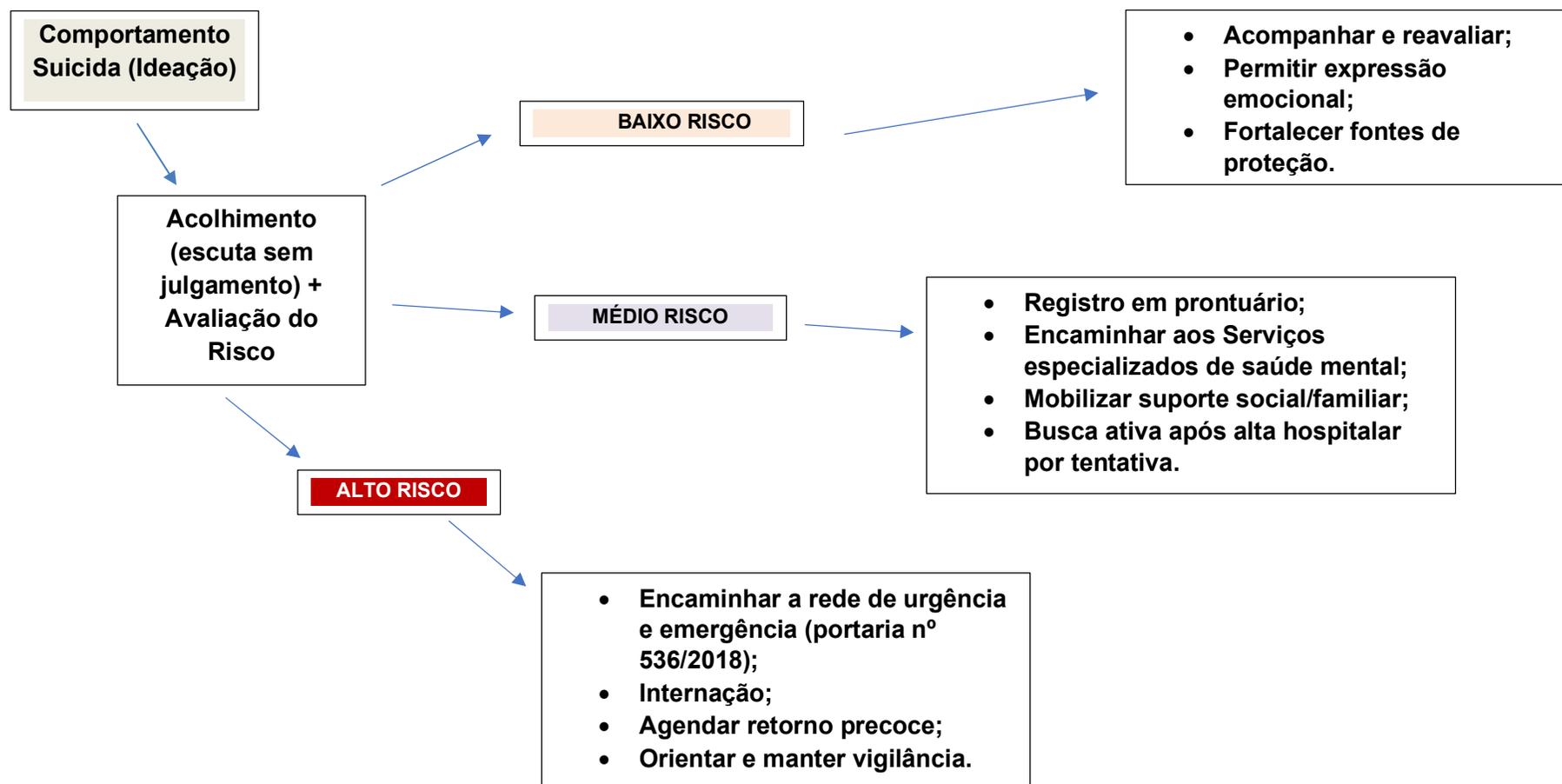
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	-
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	45
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	46
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	-
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	-
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	48
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	50
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	50
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	50
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	51

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

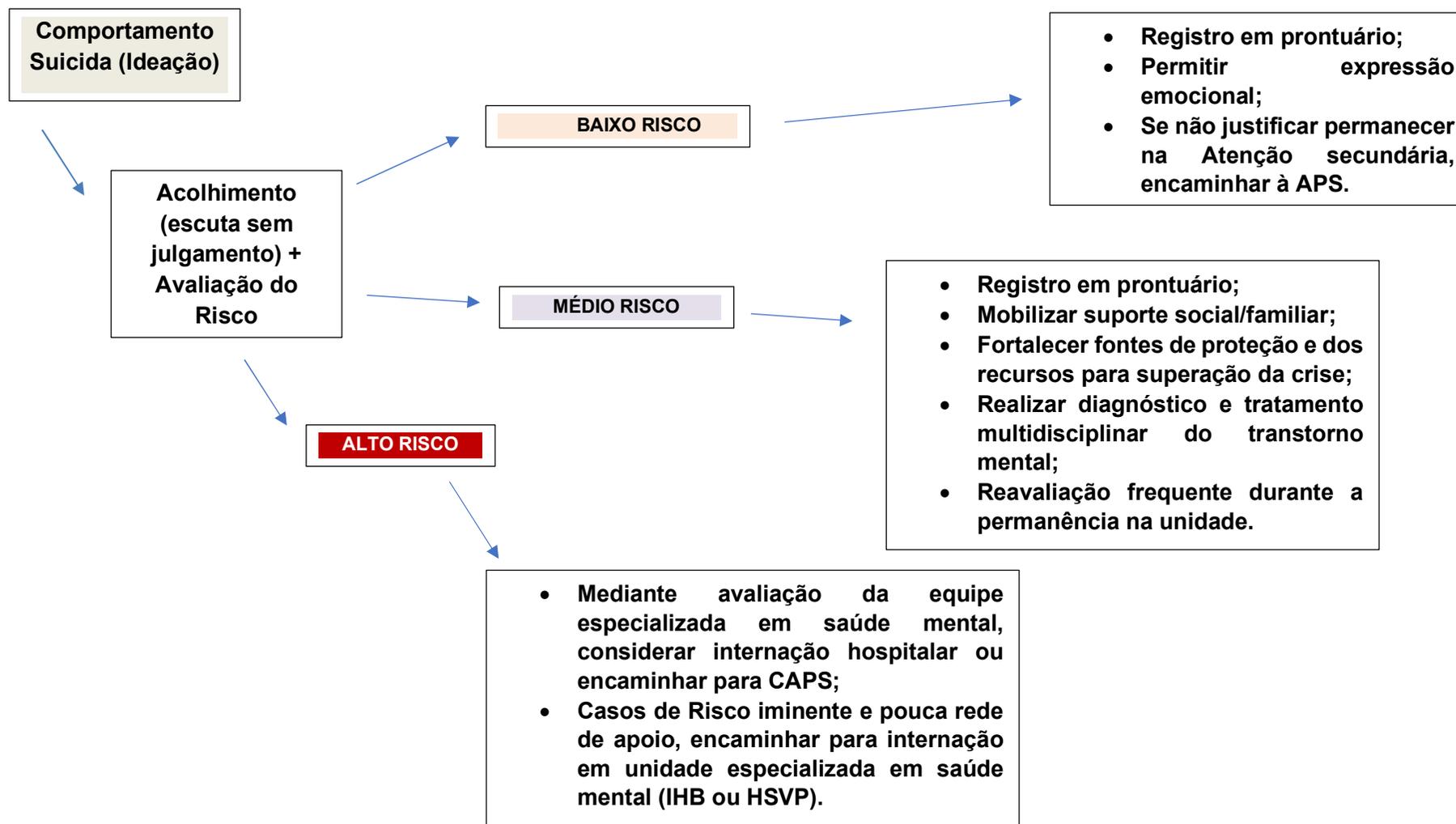
Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ANEXO G

FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO A PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS



FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO A PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO
ATENÇÃO SECUNDÁRIA: CAPS, ADOLESCENTRO, COMPP, POLICLÍNICAS.



FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO A PESSOA EM RISCO DE SUICÍDIO REDE DE URGÊNCIA E EMERGENCIA - RUE

