



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO**

CLARA ANANDA PIMENTEL DE SOUSA SANTOS

NÍVEIS DE IDEIAÇÃO SUICIDA ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL

**TERESINA
2020**

CLARA ANANDA PIMENTEL DE SOUSA SANTOS

NÍVEIS DE IDEIAÇÃO SUICIDA ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, para fins de obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro
Linha de Pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

**TERESINA
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

S237n Santos, Clara Ananda Pimentel de Sousa.
Níveis de ideação suicida associados ao uso de álcool / Clara Ananda Pimentel de Sousa Santos. – 2020.
58 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.
Orientação: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.
Bibliografia

1. Ideação suicida – Adulto. 2. Abuso de álcool. 3. Saúde mental. 4. Saúde coletiva. I. Título.

CDD 362.28

CLARA ANANDA PIMENTEL DE SOUSA SANTOS

NÍVEIS DE IDEIAÇÃO SUICIDA ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, para fins de obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: Teresina, 13 de fevereiro de 2020.

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro- Presidente
Universidade Federal do Piauí- UFPI

Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon-1ª Examinadora
Universidade de São Paulo- USP

Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Junior- 2º Examinador
Universidade Federal do Piauí- UFPI

Profa. Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes- Suplente
Universidade Federal do Piauí- UFPI

À minha mãe Janete e minha avó Conceição, meus maiores exemplos de força, garra e bondade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me propiciar capacidade, ânimo e coragem para prosseguir na caminhada e chegar à finalização da dissertação.

A meus pais, Janete e Celso, pelas infindas demonstrações de amor e dedicação e por serem fundamentais em tudo que há na minha vida. Que apostaram em mim mais do que ninguém e que seguramente são os que mais compartilham da minha alegria.

Aos meus irmãos, Florencio e Saulo, por me incentivarem a querer ser uma pessoa cada vez melhor.

A minhas amigas, Ismaely e Najela, pelos conselhos, companhia e zelo a mim dedicados com tanto carinho.

Aos meus amigos da IBMN, pastores e líderes, por aplicarem Provérbios 17:17 de forma prática na minha vida.

Aos meus familiares, pelos momentos de descontração e pelo companheirismo.

Ao Jefferson e Lorena, que auxiliaram em muitos momentos da confecção dessa dissertação.

Aos amigos recém chegados, Lú e Fernando, pelo incentivo e por confiarem na minha capacidade.

Aos amigos de trabalho do Núcleo de Vigilância de Violências e Acidentes, pela compreensão e apoio.

Às pessoas que participaram do estudo, sem elas, não existiria esta pesquisa.

À orientadora Professora Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro pela dedicação, por me orientar de forma tão assertiva no decorrer desses dois anos e pela oportunidade que me foi concedida de participar como membro do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental/GEEVSM-UFPI.

Meus respeitosos agradecimentos pela contribuição da banca do exame de qualificação e pela participação dos membros da banca examinadora da defesa.

À minha eterna Professora Dra. Rosana Costa, que desde a graduação sempre me deu incentivo, carinho e orientações para a vida profissional.

À Universidade Federal do Piauí, por investir na formação de qualidade dos discentes e possibilitar espaço de edificação profissional.

Manifesto aqui a minha gratidão a todos os professores, funcionários e amigos do Programa de Pós Graduação em Enfermagem- UFPI, pelos ensinamentos e companhia.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para execução desta tese, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Introdução: Ideação suicida é um termo que se refere a pensamentos e planos suicidários e considerado importante indicador para o risco de suicídio. Dentre os fatores de risco para o surgimento da ideação suicida encontra-se o uso de álcool. **Objetivo:** Analisar a associação entre ideação suicida e uso de álcool em população adulta atendida na atenção primária à saúde de Teresina/Piauí. **Método:** Estudo observacional, analítico e transversal, realizado com 380 adultos em 11 Unidades Básicas de Saúde segundo a territorialização dos NASF. A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2019, realizou-se aplicação de: questionário sociodemográficas, Escala de Ideação Suicida de Beck e *Alcohol Use Disorders Identification Test*. Para análise estatística, utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Science*, versão 20.0. Realizou-se análises descritiva e inferencial com nível de significância de 0,05. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer n.º. 2.404.139). **Resultados:** A prevalência de ideação suicida na amostra foi 17,9%. Dentre estes 39,7% apresentam ideação suicida clinicamente significativa. Na amostra, 41,1% faziam uso de álcool (no último ano) e 69,9% consumiam no padrão *binge*. Em relação ao padrão de uso de álcool, 15,3% faziam uso de risco, 2,1% nocivo, 3,2% possível dependência e 79,5% abstinência ou baixo risco. A prevalência de uso de álcool por pessoas com ideação suicida foi de 42,6% e com ideação suicida clinicamente significativa de 44,4%. Em indivíduos com provável dependência observou-se maiores porcentagem de ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa, 33,3% e 16,7%, respectivamente. A ideação suicida foi predominante entre mulheres (82,8%), com idade entre 30 e 39 anos (51,7%), com companheiro/convívio no mesmo lar (48,3%). Não ter companheiro apresentou 1,4 vezes mais chances de presença de ideação suicida e histórico de discriminação 1,9 mais chances. A ideação suicida clinicamente significativa esteve ligada em maioria também nas mulheres em idades menores, entre 20 e 29 anos (58,3%) e sem companheiro (50,0%). O sexo feminino apresentou três vezes mais chances de presença de ideação suicida clinicamente significativa, sem companheiro, com casamento anterior quatro vezes mais e sem companheiro 2,9 vezes mais chances. Ter tido evento estressor aumenta as chances de ideação suicida clinicamente significativa em 3,1 vezes e problemas com sono em 2,9 vezes. Histórico de discriminação apresentou 3,7 mais chances de presença de ideação suicida clinicamente significativa. **Conclusão:** O uso de álcool exerceu influência para presença de ideação suicida na amostra. Os resultados obtidos podem fornecer subsídios para o planejamento de ações políticas e programas direcionados a essas problemáticas.

Descritores: Adulto; Ideação suicida; Abuso de álcool; Saúde mental; Saúde coletiva

ABSTRACT

Introduction: Suicidal ideation is a term related to suicidal thoughts and plans, it is considered an important indicator of suicide risk. Among the risk factors for the appearance of suicidal ideation is the use of alcohol. **Objective:** To analyze the association between suicidal ideation and alcohol use in adult population, treated in primary health care in Teresina/Piauí. **Method:** Observational, analytical and cross-sectional study, carried out with 380 adults in 11 Basic Health Units according to the NASF territorialization. The data collection happened between June and September of 2019, with the application of three instruments: sociodemographic questionnaire, Beck's Suicidal Ideation Scale and Alcohol Use Disorders Identification Test. For statistical analysis, we used the Statistical Package for the Social Science software, version 20.0 and descriptive and inferential analyzes with a significance level of 0.05. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí (Opinion No. 2,404,139). **Results:** The prevalence of suicidal ideation in the sample was 17.9%. Among these 39.7% have clinically significant suicidal ideation. In the sample, 41.1% used alcohol (in the last year) and 69.9% used the binge pattern. Regarding the pattern of alcohol use, 15.3% used risk, 2.1% harmful, 3.2% possible dependence and 79.5% abstinence or low risk. The prevalence of alcohol use by people with suicidal ideation was 42.6% and with clinically significant suicidal ideation at 44.4%. In individuals with probable dependence, a higher percentage of suicidal ideation and clinically significant suicidal ideation was observed, 33.3% and 16.7%, respectively. Suicidal ideation was predominant among women (82.8%), aged between 30 and 39 years (51.7%), with a partner / living in the same home (48.3%). Not having a partner presented 1.4 times more chances of having suicidal ideation and a history of discrimination 1.9 more chances. The clinically significant suicidal ideation was also mostly linked to women at younger ages, between 20 and 29 years old (58.3%) and without a partner (50.0%). The female sex was three times more likely to have clinically significant suicidal ideation, without a partner, with previous marriage four times more and without a partner 2.9 times more likely. Having a stressful event increases the chances of clinically significant suicidal ideation by 3.1 times and problems with sleep by 2.9 times. History of discrimination presented 3.7 more chances of having clinically significant suicidal ideation. **Conclusion:** The use of alcohol influenced the presence of suicidal ideation in the sample. The results obtained can provide subsidies for planning political actions and programs aimed at these problems. **Conclusion:** The use of the alcohol influenced the presence of suicidal ideation in the sample. The results obtained can provide subsidies for planning political actions and programs aimed at these problematic.

Descriptors: Adult; Suicidal ideation; Alcohol abuse; Mental health; Collective health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalência ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa segundo o BSI. Teresina, 2020. (n= 380)	22
Figura 2. Prevalência de uso de álcool e uso de álcool em binge. Teresina, 2020. (n=380)...	22
Figura 3. Padrão de uso de álcool segundo o AUDIT. Teresina, 2020. (n= 380)	23
Figura 4. Uso de álcool por pessoas com ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa. Teresina, 2020. (n= 380).....	23
Figura 5. Prevalência de ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa segundo o padrão de uso álcool. Teresina, 2020. (n= 380).....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Correlação entre os escores obtidos no BSI, AUDIT e variáveis de idade e anos de estudo. Teresina, 2020. (n= 380)	25
Tabela 2. Associação entre presença de ideação suicida e variáveis socioeconômicas e condições de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2020. (n= 156)	25
Tabela 3. Associação entre presença de ideação suicida clinicamente significativa e variáveis socioeconômicas e condições de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2020. (n= 156)	27
Tabela 4. Regressão logística envolvendo presença de ideação suicida e variáveis socioeconômicas e condições de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2020. (n= 156)	28
Tabela 5. Regressão logística envolvendo presença de ideação suicida clinicamente significativa e variáveis socioeconômicas e condições de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2020. (n= 156)	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
1.1 Contextualização do problema	06
1.2 Hipótese	08
1.3 Objetivos.....	08
1.3.1 Objetivo geral	08
1.3.2 Objetivos específicos.....	08
1.4 Justificativa e relevância.....	09
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	10
2.1 Ideação suicida: abordagem conceitual e epidemiológica.....	10
2.2 Uso de álcool e ideação suicida	12
3 MATERIAL E MÉTODO	17
3.1 Tipo de estudo.....	17
3.2 Local do estudo	17
3.3 População e amostra	17
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	19
3.5 Coleta de dados	19
3.6 Análise dos dados	20
3.7 Aspectos éticos	21
4 RESULTADOS	22
5 DISCUSSÃO	30
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE	46
ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O comportamento suicida é considerado fenômeno complexo, de determinações múltiplas e multifacetadas, que pode se apresentar em indivíduos de variadas origens, faixas etárias, extratos sociais, orientações sexuais e identidades de gênero (BRASIL, 2019). É conceituado como a preocupação e o desejo em causar dano a si mesmo e envolve basicamente três manifestações: ideação suicida, tentativas de suicídio, suicídio (CARMO *et al*, 2018).

O conceito de ideação suicida engloba nuances que vão desde pensamentos momentâneos de que a vida não vale a pena ser vivida, até fortes preocupações sobre viver ou morrer. De forma geral, considera-se que a intencionalidade suicida surge a partir de vagas ideias sobre morrer, geralmente de maneira passiva, chegando a um planejamento minucioso sobre como suicidar-se, isso inclui providências tomadas antes do óbito e cuidados para evitar um possível salvamento logo após a tentativa de suicídio (BOTEGA, 2015).

As taxas de mortalidade por suicídio têm aumentado progressivamente, está inserida entre as dez principais causas de óbitos em todo o mundo. Devido à carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causado pela condição, o comportamento suicida configura-se como um grave problema de saúde pública (CARMO *et al*, 2018).

O panorama estatístico é cada vez mais preocupante. Os dados mostram que o comportamento suicidário apresenta distribuição mundial e elevada magnitude, pois cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio e um número mais elevado praticam tentativas de suicídio a cada ano. Em 2016, foi a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo (OPAS, 2018).

No contexto nacional, ocorrem em torno de 11 mil óbitos por suicídio, o que equivale a 30 suicídios por dia. Os dados levantados no período de 2011 a 2017 mostram registros de 80.352 óbitos por suicídio na população a partir de 10 anos, indicando ser a quarta maior causa de mortes na população jovem. No estado do Piauí, a taxa de óbitos por suicídio na faixa etária de 15 a 29 anos, nesse mesmo período, passou de 8,7 para 11,4, o que aponta variação de 32% (BRASIL, 2019).

Nesse contexto também está à violência autoprovocada. Dados do Boletim Epidemiológico nº 24, da Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde do Brasil, informa que o total de casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre

jovens de 15 a 29 anos, no período de 2011 a 2018 foi de 154.279. Traz ainda um novo componente ao colocar que violências autoprovocadas/autoinfligidas compreendem ideação suicida, automutilações, tentativas de suicídio e suicídios, muito embora ressalte que nem toda violência autoprovocada caracteriza uma tentativa de suicídio, pois podem ser uma forma de aliviar sofrimentos, sem que haja o objetivo de pôr fim à vida (BRASIL, 2019).

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio foi instituída pela Lei nº 13.819, que determina a notificação compulsória, pelos estabelecimentos de saúde, dos casos de violência autoprovocada, incluindo tentativas de suicídio e automutilação. No caso das tentativas de suicídio, a notificação passou a ser de caráter compulsório imediato, de modo que a notificação para a autoridade sanitária deve ser realizada em até 24 horas. A ideação suicida não constitui, por si, objeto de notificação, embora exija ações de atenção integral em saúde (BRASIL, 2019).

Informações contidas no “Mapa da Violência 2014 - os jovens do Brasil” , já apresentava que no Piauí havia um aumento na taxa total de suicídio em relação aos anos anteriores. Dentre as capitais brasileiras, Teresina foi classificada com a segunda maior taxa total de mortalidade (8,9 casos por 100.000 habitantes), estando abaixo apenas de Florianópolis (9,5/100.000 habitantes). Este número eleva-se quando se observa a população jovem da capital piauiense, que chega a 10,4 suicídios por 100.000, estando atrás apenas de Boa Vista (RR) que apresentou 11,8/100.000 (WAISELFISZ, 2014).

Os dados são de fato assustadores e várias são as tentativas de explicação. Quando se estuda o lado individual dos suicidários, a visão considerada é de um transtorno da saúde mental do indivíduo. Quando se analise a dimensão social e econômica o suicídio passa a ser considerado oriundo de pressões ordenador que a coesão social exerce sobre as pessoas (RIBEIRO; MOREIRA, 2018). Essa é a tese defendida pelo sociólogo Emille Durkheim (2000) de que a soma total de suicídios em uma determinada sociedade deve ser tratada como um fato que apenas pode ser explicado em sua completude em termos sociológicos, ou seja, a natureza das causas sociais e a maneira pela qual produzem efeitos nas situações individuais irão refletir nos diversos tipos de suicídio. Observando essas prováveis explicações, o conceito ampliado de saúde apresentado em Alma-Ata, que incorporou determinantes sociais como fatores ao adoecimento, ajuda na compreensão do suicídio como fator individual com causas sociais e econômicas de forma mais universal (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

O comportamento suicida e o uso de álcool e outras drogas estão inseridos entre as questões mais preocupantes na saúde pública e na psiquiatria em todo o mundo. Com o passar dos anos, os profissionais de saúde vêm enfrentando estigma para avaliar as pessoas que buscam

auxílio para esses problemas, mas ainda há um extenso caminho a percorrer em relação à identificação de fatores de risco, prevenção e qualidade do tratamento (ROGLIO; KESSLER, 2019).

Com o intuito de fornecer evidências concretas de uma amostra representativa da população brasileira e, então, contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde pública, em relação ao consumo do álcool, em 2006 e 2012, foram realizados dois levantamentos nacionais sobre o padrão de consumo de álcool e drogas na população brasileira (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD). Nessa produção foi detectado que 5% dos brasileiros já tentaram cometer suicídio e que em cerca de 24% dessas tentativas o uso de álcool esteve presente (LENAD, 2014). Assim, este problema encontra-se inserido em diversos âmbitos, com destaque para a relação que apresenta com o comportamento suicida, por constituir fator de risco para a sua ocorrência (CANTÃO, *et al*, 2016).

Diante desse contexto, torna-se importante a identificação de situações de risco de ideação suicida associado ao uso de álcool.

1.2 Hipótese

Existe relação entre a presença de ideação suicida e uso de álcool.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Analisar a associação entre a ideação suicida e uso de álcool em população adulta atendida na atenção primária à saúde de Teresina/Piauí.

1.3.2 Específicos

- Estimar a prevalência de ideação suicida e do uso de álcool nos participantes do estudo;
- Identificar os níveis de ideação suicida e padrão do uso de álcool;
- Levantar a associação dos níveis de ideação suicida com variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida em pessoas que fazem uso de álcool;
- Correlacionar os níveis de ideação suicida com o padrão de uso de álcool.

1.4 Justificativa e relevância

Como profissional da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) da Fundação Municipal de Saúde (FMS) e participante do Núcleo de Estudos e Prevenção ao Suicídio de Teresina (PI) (NEPS), houve a preocupação em aprofundar conhecimento sobre essa área e qualificação através do mestrado acadêmico em enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGENf/UFPI).

Com a inserção no mestrado fui acolhida no Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental UFPI (GEEVSM), que desenvolve estudos e discussões sobre essa temática. Através da observação acerca das informações referentes aos casos de violência interpessoal/autoprovocada ocorridas no município de Teresina, da constante presença do uso de álcool, como fator desencadeador dos episódios dessa violência autoprovocada e pelo panorama epidemiológico e preocupante tanto a nível local quanto mundial, reforça-se a necessidade do desenvolvimento desse estudo.

Portanto, o presente levantamento contribuirá para dar maior visibilidade e embasamento para ações de prevenção desses comportamentos e promoção de saúde da população adulta de Teresina.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Ideação suicida: abordagem conceitual e epidemiológica

Considerada como componente fundamental do comportamento suicidário, a ideação suicida tem papel desencadeador dos demais elementos: tentativa e suicídio (PEREIRA; CARDOSO, 2015). Ideias suicidas associam-se a um aumento considerável no risco de tentativas de suicídio e a um aumento discreto no risco de suicídio. A presença de ideação suicida é por si só, um importante sinal de sofrimento psíquico e necessita atenção redobrada na avaliação clínica (BOTEGA, 2015).

A ideação suicida pode se apresentar de forma menos ou mais evidente. As formas menos visíveis são: Ideias passivas de morte, nas quais o indivíduo admite a ideia da morte por doença, por exemplo, mas que não apresenta o desejo e coragem de cometer suicídio. Não se trata de uma ideia ativa de se matar, mas de deixar-se morrer; Ideação suicida egodistônica, nessa etapa a ideação suicida geralmente é acompanhada por desconforto. A ideia do suicídio vem à cabeça, parece perigosa e indiferente à pessoa, o pode acarretar ansiedade. Caso esse pensamento persista, o indivíduo lutará contra ela (BOTEGA, 2015).

Pode ainda ser encontrada de maneira mais expressiva, como: Ideação suicida egossintônica, considerada como precipitadora dos planos suicidas, a intensidade e a continuidade da crise sentida como insuportável e interminável, fazem com que o suicídio seja visto como uma alternativa de alívio, uma saída; ideação suicida inconsciente: pessoas melancólicas começam a apresentar comportamentos impulsivos, com risco de morte, que não lhe eram habituais. É como se pusessem a continuidade da existência nas mãos do destino. Geralmente os pacientes não relatam esse comportamento de forma espontânea, pois ele não percebe que esse componente suicida impregnou em suas ações (BOTEGA, 2015).

A prevalência da ideação suicida foi relatada de forma similar em estudos internacionais. Os dados obtidos evidenciaram que a ideação suicida foi relatada por 24,66% dos participantes da pesquisa e que 15,55% da amostra apresentou planos suicidas. Mostrou ainda que significativamente mais mulheres do que homens afirmaram ter tido ideias e planos suicidas (ZYGO, *et al*, 2019) Uma quantidade considerável de pessoas que apresentaram ideação suicida foi relevada nos achados de pesquisa realizada na Malásia, na qual observou-se que 1,7% dos indivíduos entrevistados apresentaram essas ideias (MANIAM, *et al*, 2014).

Devido à escassez de informações referentes ao comportamento suicida em países em desenvolvimento e pela necessidade de avaliar as estratégias utilizadas no tratamento de pessoas

que tentaram suicídio, a OMS realizou o *Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior* (SUPRE-MISS). Botega e colaboradores utilizaram a mesma metodologia do SUPRE-MISS e observaram que 17,1% da população estudada apresentou ideação suicida, 4,8% planos suicidas e 2,8% tentaram suicídio. Nesse mesmo estudo, os autores relataram que a relação entre planos suicidas e a tentativa de suicídio é de 5:3 e que, a cada três tentativas, apenas uma chegou a algum serviço de saúde (BOTEGA, *et al*, 2009).

Estudos que investigam o comportamento suicida não permitem qualquer inferência quanto à causalidade, porém, existe uma vasta sobreposição bem estabelecida de fatores de risco biológicos, psicossociais e ambientais para a utilização de substâncias e suicídio. Nessa perspectiva, as informações contidas nos estudos brasileiros robustecem a literatura global ao atestar que a relação entre o uso de drogas e o comportamento suicida parece ser recíproca e multidirecional (TURECKI; BRENT, 2016).

Por ser considerado um fenômeno complexo, são propostos modelos que objetivam a construção de um modelo causal para explicar os caminhos envolvidos. O modelo teórico proposto de diátese de estresse é o mais amplo e descreve o comportamento suicida como a interação entre vulnerabilidades adquiridas e estressores com capacidade desencadeante. Dentre esses fatores citam-se: trauma, histórico de abuso ou negligência, fatores genéticos, traços de personalidade, desequilíbrio emocional, distúrbios psiquiátricos, problemas socioeconômicos, entre outros. Os mesmos fatores associam-se ao abuso de substâncias psicoativas (TURECKI; BRENT, 2016).

Existem dois tipos de causas extra sociais às quais se pode atribuir a priori uma influência nas taxas de suicídios; as predisposições orgânico-psíquicas e a natureza do meio físico poderiam ocorrer que, na constituição individual ou, ao menos na constituição de uma classe importante de indivíduos, houvesse uma predisposição, de intensidade variável conforme os países, que conduzisse diretamente o homem ao suicídio; por outro lado o clima, a temperatura, etc., poderiam pela maneira como agem sobre os organismos, ter diretamente os mesmos efeitos (DURKHEIN, 2000).

Existem fatores que podem ser considerados protetivos, como autoestima e auto eficácia e fatores de risco, como ansiedade social, violência familiar e comunitária e outros. Variáveis foram analisadas em relação à sua associação como fator predisponente da ideação suicida, destacando-se a variável “estressores desenvolvimentais”, que estão relacionadas a questões como crise econômica, perda de emprego e familiares, problemas com a lei, etc. Outros fatores contribuem de forma negativa para o surgimento da ideação suicida, tais como: Baixa autoestima, baixa auto eficácia, presença de violência familiar e comunitária e abuso de

substâncias (PEREIRA, 2018).

A interação de diversos fatores de risco em um indivíduo considerado como vulnerável pode ocasionar o surgimento de uma dor psíquica que chega a atingir intensidade intolerável, impedindo-o de vislumbrar outra alternativa que não seja precipitar o próprio fim. A união desses fatores é uma questão de primordial importância quando se estuda o fenômeno do suicídio (SERVIO; CAVALCANTE, 2013).

Quando se trata da análise dos fatores relacionados ao comportamento suicida, a identificação de transtornos mentais é necessária e pode auxiliar o profissional da saúde a considerar clinicamente o risco e avaliar as estratégias para reduzi-lo. Alguns transtornos mentais são mais prevalentes em indivíduos com comportamento suicidário, tais como: transtorno do humor, sobretudo a depressão; transtornos mentais e de comportamento, resultantes do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo; transtorno de personalidade e de ansiedade (ABP, 2014).

Por ser porta de entrada do SUS, a Atenção Básica é o modelo de saúde que mais se aproxima da realidade de vida dos indivíduos, fato que permite uma visão holística do ser biopsicossocial, facilitando a identificação do comportamento suicida. A percepção da problemática por parte do profissional funcionará como uma ferramenta com capacidade de facilitar o acolhimento, a escuta qualificada e a criação do vínculo. Instrumentos de grande valor no processo saúde e doença (SILVA *et al*, 2016).

2.2 Uso de álcool e ideação suicida

Supõe-se que o uso de bebida alcoólica iniciou-se na Pré-história, com o surgimento da agricultura e com a invenção da cerâmica. Apenas na Idade Contemporânea é que o uso excessivo da bebida passa a ser considerado como uma doença ou desordem. Historicamente, o álcool teve relevância econômica, social, religiosa e medicamentosa, tendo em vista ter sido consumido em todos os segmentos da sociedade (PEREIRA *et al*, 2013).

Apesar de que no fim do século XVIII autores europeus e americanos faziam relatos acerca do consumo de álcool relacionando-o ao adoecimento, foi no princípio do século XIX que o modelo biomédico ganhou robustez, e surgiu a ideia de tratamento para os agravos oriundos do uso crônico, como alternativa para mudança do foco voltado para o moralismo e vergonha que assolavam o “bêbado”. Até aquele momento todas as políticas públicas que tratavam a problemática eram de caráter repressivo e moralizador (PEREIRA *et al*, 2013).

O simbolismo atribuído ao uso de álcool esteve fortemente associado aos interesses

socioeconômicos dominantes em casa época. Na Idade Média, por exemplo, o significado do consumo do vinho esteve associado ao sangue de Cristo, o que reforça o seu caráter sagrado e econômico, tendo em vista que as vinhas eram importante fonte de recurso para a Igreja (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018).

Por ser produzidas a partir de elementos facilmente disponíveis na natureza, a bebida alcoólica transformou-se em uma das substâncias psicoativas mais utilizadas no mundo. Seu caráter psicoativo é capaz de provocar alterações na percepção, no comportamento e humor do indivíduo que a consome. A primeira referência ao alcoolismo como doença foi feita em 1849 por Magnus Huss, que a definiu como a união de sintomas e danos físicos e mentais, oriundos do uso contínuo do álcool. Dentre as consequências desse uso sobre o comportamento dos indivíduos citam-se: agressividade, indolência e o descompromisso com o trabalho e rotina familiar (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018).

A partir dos conceitos relacionados ao processo saúde-doença foram que repensados no século XX, e dentre eles aqueles que tratam do uso abusivo de álcool e outras drogas, evidenciou-se a necessidade de ações de prevenção para o uso de risco de bebidas alcoólicas. As políticas voltadas exclusivamente para a abstinência como resolução e tratamento dessa condição não são mais as únicas alternativas viáveis, mas deve-se estimular o desenvolvimento de programas que estimulem os usuários a desenvolverem a “resiliência” ao uso de álcool, que consiste na capacidade de resistir às pressões externas e internas que facilitariam o uso dessa substância (PEREIRA *et al*, 2013).

É importante ressaltar que a definição de consumo problemático de álcool não se refere apenas ao consumidor abusivo ou ao dependente, pois existem outros padrões de consumo que podem ocasionar riscos substanciais ou nocivos para o indivíduo. Portanto, o consumo problemático de álcool pode se estender em um processo contínuo, desde um beber excessivo até a dependência (JOMAR *et al*, 2014).

Este continuum merece especial atenção, pois não existe um limiar de exposição ao álcool abaixo do qual o risco de adoecer seja desconsiderado, o que reforça a ideia de que ações de promoção e de vigilância à saúde sejam fundamentais para a prevenção da ocorrência de enfermidades e agravos referentes ao uso dessa substância, especialmente as executadas na atenção básica, território que privilegia tais ações e principal porta de entrada dos usuários no sistema de saúde brasileiro (JOMAR *et al*, 2014).

Considerado como um fator de risco para vários agravos, o uso de bebida alcoólica também é tido como um problema de saúde pública e é objeto de estudo em todo o mundo. Mais de 3 milhões de indivíduos morrem anualmente (cerca de 10 pessoas a cada segundo) por

uma causa relacionada ao álcool (WHO, 2019). Aproximadamente 13,5% do total de mortes atribuíveis ao álcool ocorrem na faixa etária de 20 a 39 anos. O uso de álcool atinge as pessoas e sociedade de várias formas e seus efeitos são determinados pelo padrão de uso, volume consumido e quantidade ingerida (PAHO, 2019).

Ressalta-se que a gravidade das consequências do uso de álcool está diretamente relacionada à frequência e a quantidade de bebida alcoólica ingerida. O NIAAA definiu o uso excessivo de álcool como o padrão de consumo que eleva a concentração de álcool no sangue de uma pessoa a 0,08% ou mais. Considera-se “*binge drinking*” a ingestão de pelo menos quatro doses de álcool no período de duas horas, para o sexo feminino, e cinco doses, para o sexo masculino (SIRQUEIRA; SMITH, 2015).

O uso nocivo de álcool é responsável por mais de três milhões de mortes a cada ano e a maior parte dos óbitos decorrentes do uso do álcool incide em grupos etários relativamente jovens. É considerado como fator de risco para mais de 200 tipos de doenças e lesões, dentre os agravos decorrentes desse uso encontra-se as desordens mentais e comportamentais. É importante ressaltar que uma parte importante da carga de doenças atribuíveis ao uso de álcool decorre de lesões não intencionais e intencionais, a exemplo: acidentes de trânsito, violência interpessoal e autoprovocada (WHO, 2019).

Evidências corroboram a existência da associação entre o uso de álcool e comportamento suicida através de uma amostra brasileira representativa, ao mostrar uma prevalência de tentativas de suicídio que variou de 12,4 a 20,8% em usuários de álcool, cannabis e cocaína, contra 4,7% em indivíduos que não faziam uso dessas substâncias. Dados de 690 homens hospitalizados por transtorno por uso de substâncias no sul do país apontam uma prevalência ao longo da vida de ideação suicida de 59,8% (ABDALLA *et al*, 2019)

Ao realizar pesquisa com usuários de uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro, Jomar *et al*. (2015) caracterizaram o perfil do consumo de álcool desse serviço de saúde e obteve o seguinte resultado: o consumo de álcool foi maior no sexo masculino, jovens tendem a consumir álcool em níveis mais elevados que as demais faixas etárias, o maior percentual de consumo de álcool ocorreu em pessoas com menor nível de escolaridade, apresentando maior prevalência em indivíduos não casados.

A prevalência do consumo de bebidas alcoólica em indivíduos em Fortaleza foi de 29,4%, destes, 56,7% eram do sexo masculino. A frequência média da ingestão de álcool foi mais prevalente no meio masculino. A presença de *binge drinking* também foi mais acentuada em homens (64,2%). Ao se realizar a conversão da quantidade de bebida alcoólica ingerida em etanol, observou-se um consumo médio que variou de 92g a 125,4g entre os indivíduos do sexo

masculino e 42,3g a 61,5g entre as mulheres (FEIJÃO *et al*, 2015).

Realidade similar foi observada com a quantidade de mortes relacionadas ao álcool na Espanha, onde foram registrados 23.876 casos, o que equivale a 5,8% da mortalidade geral. Homens fizeram parte de 68,3% dos casos. Aproximadamente 39,1% das mortes ocorreram em anos produtivos de trabalho, ou seja, na faixa etária de 20 a 64 anos. Até o século 21 foram registrados 419.528 óbitos relacionados ao álcool (MONTES; ROSEIRO, 2018).

O uso de álcool foi considerado como fator de risco para a ideação suicida, em pesquisa norte americana, que avaliou a associação da compulsão por beber com ideação e plana suicidas em pessoas com e sem Episódio Depressivo Maior (EDM). Evidenciou-se que 2,3% das mulheres e 2,2% dos homens que fizeram uso de álcool e não possuíam EDM tiveram graves episódios de pensamentos suicidas. Isoladamente o uso de álcool se trata de um fator de risco em potencial, e quando associada à EDM a probabilidade de ocorrer ideação e planos suicidas aumenta consideravelmente (GLASHEN *et al*, 2015).

Também nos Estados Unidos da América (EUA), outro estudo tornou evidente a associação da ideação suicida e uso de álcool. Aplicou-se o AUDIT em 944 bombeiros e 63% dos homens com ideação apresentaram escores alterados para o consumo de álcool (AUSTN, 2018). Estudo similar realizado em 43.347 coreanos adultos corrobora com os achados acima ao sugerir que escores mais elevados do AUDIT estão associados a uma elevação significativa da ideação suicida nos participantes (HONG *et al*, 2015)

Autores investigaram como a Desinibição Induzida pelo uso de Álcool (DIA) atua no comportamento suicidário. Foram analisados 9461 coreanos com histórico do uso dessa substância, dos quais 564 apresentaram desinibição. Observou-se que 27% dos que apresentaram alteração tiveram episódios de ideação suicida, enquanto no grupo dos participantes que não possuíam, o valor de ideação presente foi de 15,8%. Concluiu-se que pessoas que apresentaram DIA mostraram dez vezes mais chances de apresentarem comportamento suicida ao longo da vida, quando comparados à população que não apresentou essa desinibição (CHOI *et al*, 2018).

Com o intuito de descrever o perfil dos dependentes químicos atendidos em serviço de saúde mental de Minas Gerais e relacionar o comportamento suicida entre os participantes, Cantão e colaboradores (2016) realizaram pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) e observaram que a prevalência de ideação suicida e tentativa de suicídio foi de 30,08% e 32,52%, respectivamente, nos pacientes atendidos, reafirmando a existência da associação entre as variáveis em questão (CANTÃO *et al*, 2016).

Diante do exposto, tornou-se evidente que o uso indevido de álcool e outras drogas não é somente um elemento-chave no agravamento do risco de suicídio, mas também um fator modificável e estratégias de prevenção devem ser implementadas mesmo antes da resolução do estigma. As intervenções não devem ser direcionadas unicamente aos indivíduos em risco, mas devem ser planejadas a nível comunitário (ROGLIO; KESSLER, 2019).

Contudo, a busca dos usuários de álcool e drogas aos serviços da atenção primária, por vezes, tem provocado nos profissionais da saúde respostas carregadas de estigmas e pouco acolhedoras, e demonstrado a presença de conhecimentos insuficientes sobre a complexidade da temática. Importante destacar o preparo dos profissionais, pois estudo apontou que boa parte da população que faz uso de álcool em um nível considerado de alto risco, não teve a suspeição feita por estes profissionais (VARGAS *et al*, 2014).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo observacional, analítico e transversal.

3.2 Local de estudo

O município de Teresina possui população estimada para o ano de 2019 de 864.845 pessoas. Apresentou em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,751. Teresina está inserida na 43ª posição no ranking nacional em relação ao PIB e em 1º lugar no estado do Piauí (IBGE, 2019). Em 2017, o salário médio mensal era de 2.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 35.9%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 2 de 224 e 1 de 224, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 282 de 5570 e 269 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 38.6% da população nessas condições, o que o colocava na posição 224 de 224 dentre as cidades do estado e na posição 2930 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2019).

O município de Teresina conta com 91 UBS e 266 Equipes de Estratégia Saúde da Família, o que garante uma cobertura de serviços de atenção primária de 100%. O estudo foi desenvolvido em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem 26 ESF do município de Teresina que possuem apoio matricial por Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

3.3 População e amostra

Utilizou-se como população fonte a população adulta de 20 a 59 anos, cadastrada no sistema de informação e-SUS das Equipes de Saúde da Família (eSF) do município de Teresina, com matriciamento por NASF que totaliza 14.062 hab. Para o cálculo da amostra adotou-se a fórmula proposta por Gil (2008) para pesquisas sociais em populações finitas ($n = \frac{c^2 \cdot p \cdot q}{e^2} \cdot (n-1) + c^2 \cdot p \cdot q$) levando-se em consideração prevalência presumida de pacientes com comportamento suicida que buscam serviços de atenção primária, adotada por Teng e

Pampanelli (2015), de 50%, nível de confiança de 95% e erro máximo de 5%, na qual se obteve um total de 380 indivíduos entrevistados. A amostra foi probabilística estratificada por UBS.

A territorialização das áreas de atuação dos três NASF em Teresina e sua respectiva população cadastrada encontra-se descrita no Quadro 1.

Quadro 1- Distribuição das Equipes de Saúde da Família do município de Teresina e sua respectiva população adulta cadastrada no e-SUS segunda a territorialização dos NASF. Teresina, 2017.

Territorialização dos NASF	Unidades Básicas de Saúde	Equipes de Saúde da Família	População: 20 a 59 anos cadastrados no e-SUS	Amostra por UBS
NASF Sul	Nossa Senhora da Paz	eSF 43 eSF 205	912 825	46
	Monte Castelo	eSF 122 eSF 123 eSF 124	294 600 314	32
	Portal da Alegria	eSF 213 eSF 217 eSF 70	237 527 179	25
NASF Norte	Poty Velho	eSF 188 eSF 189 eSF 237	1295 808 1146	86
	Parque Wall Ferraz	eSF 8 eSF 41 eSF 231	88 105 2	5
	Bela Vista	eSF 64	589	16
	Jacinta Andrade	eSF 201 eSF 202	769 1102	50
NASF Leste/ Sudeste	Planalto Uruguai	eSF 10 eSF 104 eSF 105 eSF 111	281 70 167 55	15
	Santa Luz	eSF 29 eSF 306	271 350	17
	Santa Isabel	eSF 45	935	25
	Cacimba Velha	eSF 65 eSF 276	784 1357	57

3.4 Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão foram: usuários cadastrados nas UBS, que estavam na faixa entre 20 a 59 anos de idade e que procuraram as unidades para realização de algum procedimento médico, odontológico ou de enfermagem, como consultas, curativos, procedimento bucal, aquisição de medicamentos ou outra forma de cuidado.

Os critérios de exclusão foram usuários que apresentarem problemas de audição e dicção, ao serem observados pelo entrevistador na abordagem inicial, pois a presença dessas condições impossibilitou a comunicação e entendimento das respostas entre o entrevistador e entrevistado.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados por membros do Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) (estudantes da graduação em enfermagem da UFPI e discentes do PPGEnf/UFPI), que receberam treinamento para orientar sobre a forma correta de aplicar os instrumentos, local adequado de abordar o entrevistado, bem como outros aspectos relacionados à operacionalização da coleta de dados. Em junho de 2019 realizou-se o pré-teste, no qual foram aplicados os instrumentos em 10% do total da amostra. Esses participantes não foram incluídos na pesquisa.

Durante a coleta de dados o entrevistado foi abordado de maneira cordial e esclarecido sobre o conteúdo a que a pesquisa se referia. Aqueles que aceitaram participar foram conduzidos para um ambiente propício para a realização da entrevista, de modo a não prejudicar sua privacidade e nem os privarem de terem suas necessidades de saúde atendidas naquele serviço de saúde.

Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2019. Para obtenção das variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, situação conjugal, filhos, raça, escolaridade, renda familiar, trabalho, ocupação, religião e prática religiosa), condições de saúde (frequência em serviços de saúde, morbidade, uso de medicação, evento estressor recente, problemas com sono) e hábitos de vida (uso de drogas, tratamento psicológico/psiquiátrico, tratamento alternativo, prática de atividade física, violência e discriminação), aplicou-se um questionário construído pelos pesquisadores com essa finalidade.

A definição da subdivisão da escolaridade baseou-se na mediana dos anos de estudo. A padronização das respostas da situação conjugal baseou-se na ideia de que a presença de

companheiro e a convivência do mesmo lar são fatores importantes para a avaliação de alguns dos fenômenos estudados. Desta forma, ficaram assim agrupados: com companheiro, em convívio no mesmo lar (indivíduos casados e com união estável); Com companheiro, sem convívio (indivíduos com namorado/a); Sem companheiro, com casamento anterior (divorciados ou viúvos); Sem companheiro (solteiros).

Para investigar a suspeição de uso nocivo de álcool utilizou-se o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). Trata-se de instrumento de fácil aplicação, composto por 10 perguntas, consistente com a definição do Código Internacional de Doenças (CID-10) de uso nocivo e dependência de álcool, validado no Brasil por Méndez (1999), que verificou 7,8% de sensibilidade e 81% de especificidade para as categorias: uso nocivo, síndrome da dependência e estado de abstinência. As respostas a cada questão são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas. O instrumento prediz quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: zona I (até 7 pontos: indica uso de baixo risco ou abstinência); zona II (de 8 a 15 pontos: indica uso de risco); zona III (de 16 a 19 pontos: sugere uso nocivo) e zona IV (acima de 20 pontos: mostra uma possível dependência) (BABOR, *et al.*, 2003).

Para avaliação da presença de ideação suicida foi utilizada a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Criada em 1979 por Beck e colaboradores, é um dos instrumentos de auto-avaliação para verificação da gravidade da ideação suicida, composta por 21 itens pontuados em escala de 0 a 3, com variação de escore de 0-38, calculado apenas pela soma dos primeiros 19 itens, os itens 20 e 21 são meramente informativos. Com base na validação realizada por Cunha (2001) em âmbito nacional, pessoas que apresentaram escore abaixo de 6 pontos foram considerados com ideação suicida, já indivíduos que apresentaram pontuação igual ou superior a 6 foram considerados com ideação suicida clinicamente significativa. Nesse estudo, a aplicação desse instrumento não foi com o objetivo de levantar diagnóstico clínico, mas para obtenção de dados no âmbito da pesquisa. Contou-se com o auxílio de um profissional psicólogo tanto para a coleta dos dados, quanto para a análise dos resultados obtidos pelo referido instrumento.

3.6 Análise de dados

Os dados foram submetidos a processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel e, posteriormente, exportados e analisados no software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0. A fim de caracterizar a amostra foram realizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples,

média, mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas para verificação do pressuposto de normalidade. A homogeneidade das variâncias foi avaliada pelo teste de Levene, enquanto que a linearidade foi avaliada por meio dos gráficos de dispersão.

Para o estudo da correlação entre as variáveis quantitativas, empregou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Utilizou-se o teste Qui quadrado para avaliar a associação entre as variáveis categóricas nominais. Aplicou-se ainda o teste de regressão logística multivariada para estimar a probabilidade associada à ocorrência do evento em face do conjunto de variáveis explanatórias. Para todas as análises que se pretendeu foi adotado o nível de significância de 0,05.

3.7 Aspectos éticos

Foram obedecidos os princípios da ética, anonimato e confidencialidade, conforme preconiza a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram convidados e esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e, ao concordarem em sua participação, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na ocasião, os mesmos receberam informações sobre o desvinculamento do estudo a qualquer momento, se, assim, acharem necessário. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer n°. 121623/2018).

4 RESULTADOS

Verificou-se na amostra uma prevalência de ideação suicida de 68 (17,9%). Dentre estes 27 (39,7%) apresentam ideação suicida clinicamente significativa (Figura 1). A média de escore no BSI foi de 1,24 (desvio padrão 4,17), com valor máximo de 31 pontos.

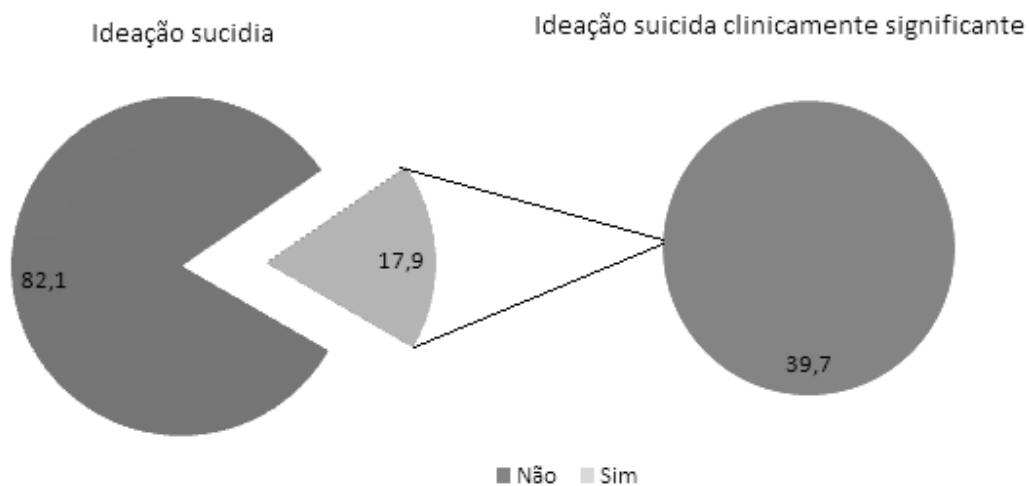


Figura 1. Prevalência ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa segundo o BSI. Teresina, 2020. (n= 380).

A prevalência de uso de álcool na amostra foi de 41,1% (156), sendo que 69,9% (109) fazem uso em *binge* (Figura 2).

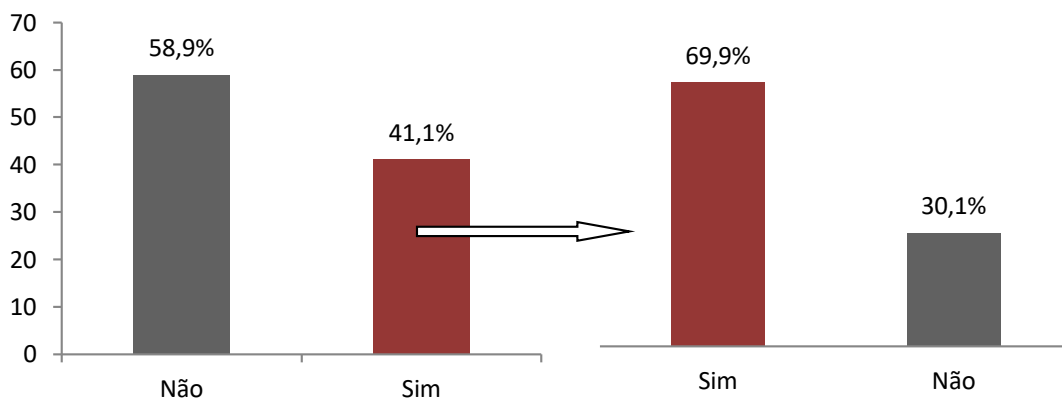


Figura 2. Prevalência de uso de álcool e uso de álcool em *binge*. Teresina, 2020. (n=380)

Quanto ao padrão de uso de álcool da amostra observa-se que 58 (15,3%) foram classificados com uso de risco, 2,1% com uso nocivo e 3,2% com provável dependência e 79,5% com abstinência ou baixo risco (Figura 3).

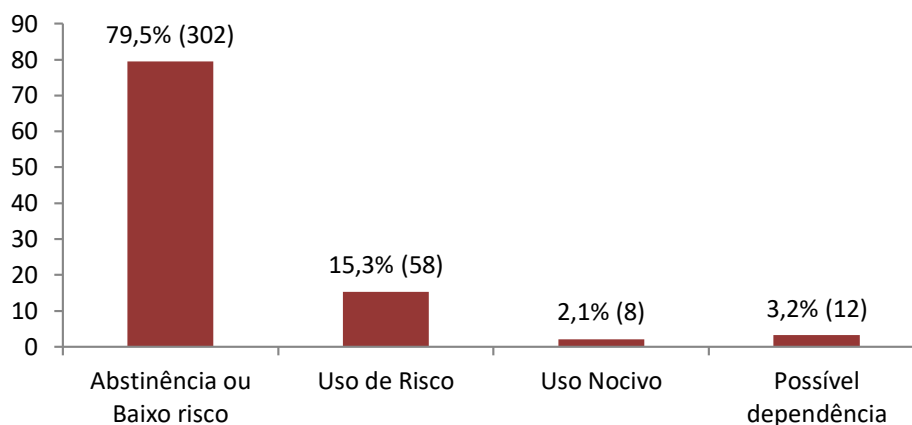


Figura 3. Padrão de uso de álcool de acordo a classificação do AUDIT. Teresina, 2020. (n= 380).

Observa-se na Figura 4 que a prevalência de uso de álcool por pessoas com ideação suicida foi de 42,6% (161) e com ideação suicida clinicamente significativa de 44,4% (168). Na análise bivariada não houve associação entre as variáveis uso de álcool e ideação suicida ($p=0,435$) e uso de álcool e ideação suicida clinicamente significativa ($p=0,429$).

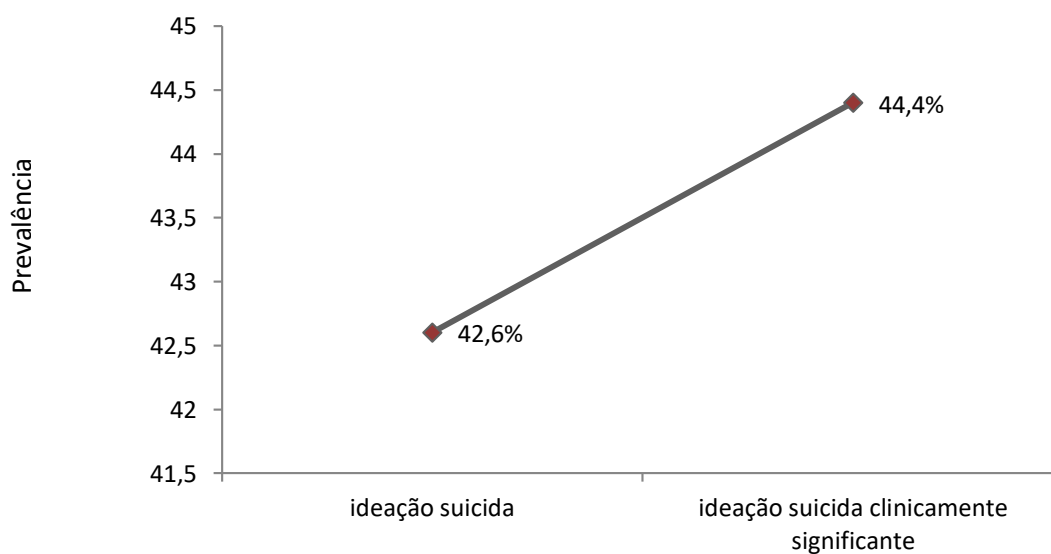


Figura 4. Uso de álcool por pessoas com ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa. Teresina, 2020. (n= 380).

Entre as pessoas que faziam uso de álcool, a prevalência levantada de ideação suicida foi de 18,6% (n=29). A Figura 5 apresenta a prevalência de ideação suicida e ideação clinicamente significativa segundo o padrão de uso de álcool. Observa-se maior prevalência de ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa a entre os participantes com maiores níveis de gravidade em relação ao padrão de uso de álcool, alcançando-se um percentual de 33,3% e 16,7%, respectivamente, em indivíduos com classificados com provável dependência. Na análise bivariada não foi observada associação significativa entre ideação suicida e padrão de uso de álcool ($p = 0,060$), bem como a ideação suicida clinicamente significativa e ($p = 0,030$).

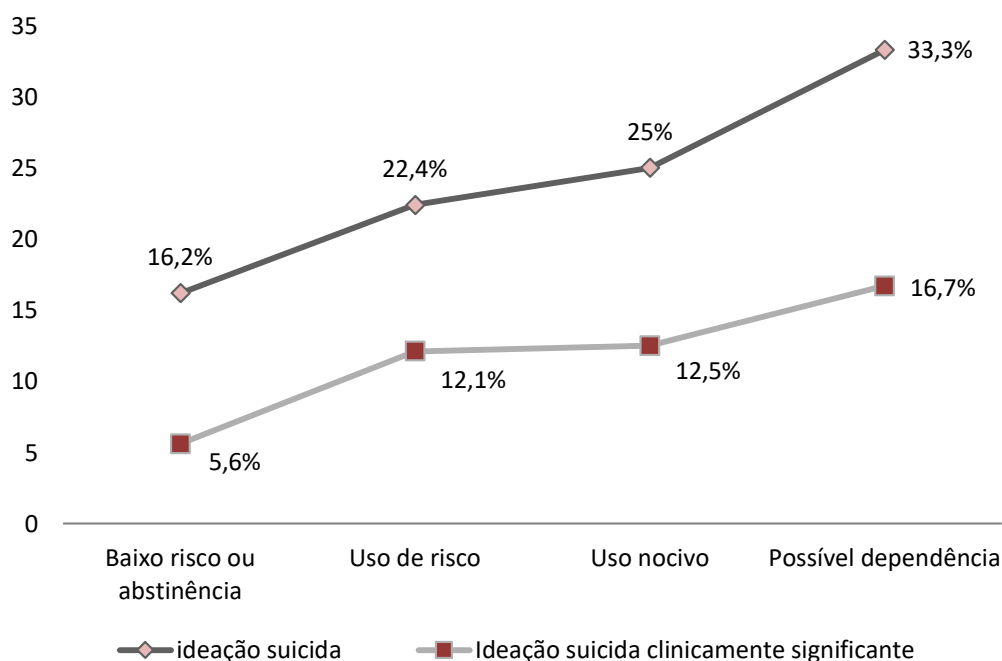


Figura 5. Prevalência de ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa segundo o padrão de uso álcool. Teresina, 2020. (n= 380).

Na Tabela 1 pode ser observada a análise de correlação entre os escores do BSI e as variáveis como idade e anos de estudo. Foi observada correlação negativa entre BSI e anos de estudo (quanto mais baixo o nível de escolaridade, maiores são os escores BSI), BSI e idade (quanto menor idade maior escore BSI).

Tabela 1. Correlação de *Spearman* entre os escores obtidos no BSI, AUDIT e variáveis de idade e anos de estudo. Teresina, 2020. (n= 380).

	AUDIT		Anos de estudo		Idade	
	r	p	r	p	r	p
BSI	0,050	0,337	- 0,104	0,048	- 0,141	0,006

A Tabela 2 mostra a associação entre presença de ideação suicida e características sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Observa-se predomínio de ideação suicida entre mulheres, com idade entre 30 e 39 anos, com companheiro com convívio no mesmo lar, com filhos, raça parda, classe econômica E, que não trabalham, possuíam religião, que informaram a presença de evento estressor e problemas no sono, não faziam atividades físicas e possuem histórico de violência e discriminação. Houve associação significativa entre as variáveis: sexo ($p= 0,026$), presença de evento estressor ($p= 0,006$), problemas no sono ($p= 0,013$), histórico de violência ($p < 0,001$) e discriminação ($p < 0,001$).

Tabela 2. Associação entre presença de ideação suicida e variáveis socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2020. (n= 156).

Continua...

Variáveis socioeconômicas e condições de vida	Presença de ideação suicida		Valor de p *
	Sim n(%)	Não n(%)	
Sexo			
Masculino	5 (17,2)	48 (37,8)	0,026
Feminino	24 (82,8)	79 (62,2)	
Faixa etária			
20-29 anos	11 (37,9)	44 (34,6)	0,054
30-39 anos	15 (51,7)	39 (30,7)	
40 – 49 anos	3(10,3)	31 (24,4)	
50 – 59 anos	-	13 (10,2)	
Situação conjugal			
Com companheiro, em convívio mesmo lar	14 (48,3)	83 (65,4)	0,063
Com companheiro, sem convívio	4 (13,8)	14 (11,0)	
Sem companheiro, com casamento anterior	2 (6,9)	9 (7,1)	
Sem companheiro	9(31,0)	21 (16,5)	
Escolaridade¹			
Ate 10 anos de estudo	11 (40,7)	41 (33,9)	0,322
Mais de 10 anos de estudo	16 (59,3)	80(66,1)	

Tabela 2. Associação entre presença de ideação suicida e variáveis socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2020. (n= 156). Conclusão.

Possui filhos			
Sim	21 (72,4)	104 (81,9)	0,183
Não	8 (27,6)	23 (18,1)	
Raça/cor			
Branca	2 (6,9)	8 (6,3)	0,370
Preta	5 (17,2)	39 (30,7)	
Amarela	3 (10,3)	7 (5,5)	
Parda	19 (65,5)	72 (56,7)	
Indígena	-	1 (0,8)	
Classe econômica			
A	-	1(0,8)	0,185
B	-	1 (0,8)	
C	2 (6,9)	8 (6,5)	
D	-	17 (13,7)	
E	27 (93,1)	97 (78,2)	
Trabalha			
Sim	13 (44,8)	79 (62,2)	0,067
Não	16 (55,2)	48 (37,8)	
Religião			
Sim	23 (79,3)	113 (89,0)	0,137
Não	6 (20,7)	14 (11,0)	
Presença de evento estressor			
Sim	21 (72,4)	56 (44,4)	0,006
Não	8 (27,6)	70 (55,6)	
Problemas com sono			
Sim	17 (58,6)	43 (33,9)	0,013
Não	12 (41,4)	84 (66,1)	
Atividade física			
Sim	14 (48,3)	59 (46,5)	0,510
Não	15 (51,7)	68 (53,5)	
História de violência			
Sim	15 (51,7)	22 (17,3)	0,000
Não	14 (48,3)	105 (82,7)	
História de discriminação			
Sim	12 (41,4)	12 (9,4)	0,000
Não	17 (58,6)	115 (90,6)	

* Teste do Qui Quadrado ou Teste exato de Fisher, com significância de 0,05

¹ Variável com 8 (oito) pessoas sem informação de escolaridade

Entre as pessoas que faziam uso de álcool, a prevalência de ideação suicida clinicamente significativa foi de 7,7% (n=12). A Tabela 3 mostra a associação entre presença de ideação suicida clinicamente significativa e características socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Observa-se predomínio de ideação suicida entre mulheres, com idade entre 20 e 29 anos, sem companheiro, com filhos, raça parda, classe

econômica E, religião, que informaram a presença de evento estressor e problemas no sono, sedentarismo e histórico de violência e discriminação. Foram observadas associações entre as variáveis: sexo ($p= 0,026$), faixa etária ($p= 0,025$), situação conjugal ($p= 0,006$), presença de evento estressor ($p= 0,002$), problemas no sono ($p= 0,009$), histórico de violência ($p= 0,001$) e discriminação ($p= 0,004$).

Tabela 3. Associação entre presença de ideação suicida clinicamente significativa e variáveis socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2020. (n= 156). Continua...

Variáveis socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida	Presença de ideação suicida clinicamente significativa		Valor de p^*
	Sim n(%)	Não n(%)	
Sexo			
Masculino	1 (8,3)	52 (36,1)	0,043
Feminino	11 (91,7)	92 (63,9)	
Faixa etária			
20-29 anos	7 (58,3)	48 (33,3)	0,025
30-39 anos	5 (41,7)	49 (34,0)	
40 – 49 anos	-	34 (23,6)	
50 – 59 anos	-	13 (9,0)	
Situação conjugal			
Com companheiro, em convívio mesmo lar	4 (33,3)	93 (64,6)	0,006
Com companheiro, sem convívio	1 (8,3)	17 (11,8)	
Sem companheiro, com casamento anterior	1 (8,3)	10 (6,9)	
Sem companheiro	6(50,0)	24 (16,7)	
Escolaridade¹			
Ate 10 anos de estudo	5 (45,5)	47 (34,3)	0,331
Mais de 10 anos de estudo	6 (54,5)	90 (65,7)	
Possui filhos			
Sim	7 (58,3)	118 (81,9)	0,063
Não	5 (41,7)	26 (18,1)	
Raça/cor			
Branca	2 (6,9)	8 (6,3)	0,370
Preta	5 (17,2)	39 (30,7)	
Amarela	3 (10,3)	7 (5,5)	
Parda	19 (65,5)	72 (56,7)	
Indígena	-	1 (0,8)	
Classe econômica			
A	-	1(0,7)	0,761
B	-	1 (0,7)	
C	1 (8,3)	9 (6,4)	
D	-	17 (12,1)	
E	11 (91,7)	113 (80,1)	
Trabalha			
Sim	6 (50,0)	86 (59,7)	0,358
Não	6 (50,0)	58 (40,3)	

Tabela 3. Associação entre presença de ideação suicida clinicamente significativa e variáveis socioeconômicas, condições de saúde e hábitos de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2020. (n= 156). Conclusão.

Religião			
Sim	10 (83,3)	126 (87,5)	0,473
Não	2 (16,7)	18 (12,5)	
Presença de evento estressor			
Sim	11 (91,7)	66 (46,2)	0,002
Não	1 (8,3)	77 (53,8)	
Problemas com sono			
Sim	9 (75,0)	51 (35,4)	0,009
Não	3 (25,0)	93 (64,6)	
Atividade física			
Sim	5 (41,7)	68 (47,2)	0,475
Não	7 (58,3)	76 (52,8)	
História de violência			
Sim	8 (66,7)	29 (20,1)	0,001
Não	4 (33,3)	115 (79,9)	
História de discriminação			
Sim	6 (50,0)	18 (12,5)	0,004
Não	6 (50,0)	126 (87,5)	

* Teste do Qui Quadrado ou Teste exato de Fisher, com significância de 0,05

¹ Variável com 8 (oito) pessoas sem informação de escolaridade

Na análise multivariada a presença de ideação suicida manteve-se associada positivamente com situação conjugal (não ter companheiro) e histórico de discriminação. Não ter companheiro foi 1,4 vezes maior as razões de chances entre os participantes com ideação suicida e ter histórico de discriminação quase duas vezes mais (OR = 1,9) chances entre os que apresentaram de ideação suicida.

Tabela 4. Regressão logística envolvendo presença de ideação suicida e variáveis socioeconômicas e hábitos de vida em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2019. (n= 156).

Variáveis socioeconômicas e condições de saúde	ORA (IC95%)	valor de p
Estado civil		
Sem companheiro	1,4	0,027
História de discriminação		
Sim	1,9	0,004

Na análise multivariada a presença de ideação suicida clinicamente significativa, manteve-se associada significativamente com sexo feminino, estado civil sem companheiro com casamento anterior e não ter companheiro, presença de evento estressor, problemas de sono e histórico de discriminação. Os participantes do sexo feminino apresentaram 3 vezes mais chances de presença de ideação suicida clinicamente significativa, estado civil (não ter

companheiro), com casamento anterior 4 vezes mais, sem companheiro 2,9 vezes mais chances. Ter vivenciado eventos estressores aumentam as chances de ideação suicida clinicamente significativa em 3,1 vezes e problemas com sono em 2,9 vezes. Histórico de discriminação apresentou 3,7 mais chances de presença de ideação suicida clinicamente significativa

Tabela 5. Regressão logística envolvendo presença de ideação suicida clinicamente significativa e variáveis socioeconômicas e condições de saúde em pessoas que fazem uso de álcool. Teresina, 2019. (n= 156).

Variáveis socioeconômicas e condições de saúde	ORA (IC95%)	valor de p
Sexo		
Feminino	3,0	0,049
Situação conjugal		
Sem companheiro, com casamento anterior	4,0	0,033
Sem companheiro	2,9	0,026
Evento estressor		
Sim	3,1	0,029
Problemas com sono		
Sim	2,9	0,019
História de discriminação		
Sim	3,7	0,013

DISCUSSÃO

Na análise da prevalência de ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa adotou-se o ponto de corte de 6 pontos no escore obtido na BSI. Dos 380 participantes, 17,9% apresentaram algum nível de ideação suicida. Resultado similar foi identificado em pesquisa cujo objetivo foi avaliar a associação de fatores de saúde mental à gravidade da ideação suicida, na qual se observou que quase um quarto da mostra (24%) relatou pensamentos sobre tirar a própria vida (LISHAM *et al*, 2016). Estudo realizado com 396 indivíduos acima de 18 anos, em centros de saúde primária de Marrocos, relatou menor prevalência, ao identificar que 5,3% da amostra cogitou a ideia de pôr fim à vida (BOURCHRA *et al*, 2016).

A presença da ideação suicida clinicamente significativa esteve em 39,7% dos indivíduos que apresentaram pontuação diferente de 0 na BSI. Dado análogo foi relatado por Lisham, *et al* (2016) ao demonstrarem que a maior parte da amostra não apresentou ideação suicida (59%), que ideação suicida de menor gravidade esteve em 17% dos entrevistados e ideação suicida de maior gravidade esteve em 24% dos indivíduos. Estudo realizado em Fortaleza com 113 participantes demonstrou a presença de ideação suicida forte em 63% da amostra (OLIVEIRA, 2013). Diferenças nas prevalências encontradas podem ser decorrentes dos distintos tipos de instrumentos utilizados para a determinação do fenômeno em estudo, pelo período e que o indivíduo relatou a presença da ideação, por características e condições específicas das diversas regiões e países (SANTOS *et al*, 2017).

Os fatos que antecedem a ideação suicida não são acontecimentos isolados, no entanto sua ocorrência se dá através do sincronismo de distintos fatores predisponentes que perpassam as diversas áreas da existência. Conceitua-se como um fato universal e complexo que afeta de forma integral as culturas, ideias e classes sociais, apresentando uma etiologia multifatorial, que circunda elementos de ordem biológica, genética, cultural, social, ambiental e psicológica que se relacionam à vida pessoal e coletiva (BORBA; CUNHA, 2016).

Ainda que esteja bem estabelecida a relação entre transtornos suicidas e mentais (em particular, o abuso de álcool), vários atos suicidas acontecem de maneira impulsiva em momento de crise, como um colapso na habilidade de lidar com os fatores estressores da vida, tais como problemas financeiros, término de relacionamento ou dores e doenças crônicas. Com isso, conclui-se que o prejuízo no enfrentamento de conflitos, desastres, violência, abusos ou perdas e um senso de isolamento estão fortemente associados ao comportamento suicida (PAHO, 2019).

Em relação à prevalência de uso de álcool na amostra, 41,1% dos participantes relataram fazer uso dessa substância, e que deste 69,9% afirmaram uso em *binge*. Dado este que se assemelha ao exposto através da pesquisa sobre o uso de álcool e drogas na população brasileira, ao relatar que 59% dos entrevistados afirmaram fazer o uso dessa substância (II LENAD, 2013). Estudo realizado para determinar a prevalência de consumo e padrão de uso de bebida alcóolica em adultos atendidos pela atenção primária na cidade de Odisha, Índia, expôs dados inferiores ao relatar a prevalência do consumo de álcool em 38% na população estudada. Verificou ainda que 60% dos adultos entrevistados foram considerados bebedores perigosos (SANGHAMITRA *et al*, 2017).

Os prejuízos oriundos do uso abusivo de bebidas alcóolicas resultam em elevados custos para os sistemas de saúde. De acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério de Saúde, os óbitos relacionados ao consumo abusivo e dependência de álcool equivalem a 93,5% do total de mortes por causa básica conferida ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2015). Por consequência, estratégias voltadas para a diminuição do uso abusivo de álcool são de extrema importância para a redução dos impactos na saúde no âmbito individual e coletivo, incluindo a diminuição na sobrecarga no sistema de saúde relacionada aos agravos relativos ao consumo abusivo de álcool (MUNHOZ *et al*, 2017).

A maior parte dos entrevistados nessa pesquisa enquadrou-se na faixa que compreende o baixo uso ou abstenção (79,5%). Dado que se assemelha ao observado em pesquisa realizada com 47 moradores de uma comunidade socialmente vulnerável do município de Belo Horizonte, no qual evidenciou que a maior parte da amostra total (61,7%) fazia uso de baixo risco ou era abstênica (GONÇALVES, 2015). A prevalência de usuários que se obtiveram escore compatível com uso de risco, uso nocivo e com possível dependência foi de 15,3%, 2,1% e 3,2%, respectivamente. Concordeu com os achados de outro estudo realizado sobre a temática, que mostrou prevalências semelhantes ou até mesmo superiores do uso nocivo do álcool (VARGAS *et al*, 2014).

As elevadas proporções de uso de álcool pelos participantes do estudo foram expostos através dos dados acima, fato que retrata o elevado grau de inserção do álcool na sociedade brasileira, pois se trata de substância socioculturalmente aceita pela população, fato atrelado à legalização desta droga, quanto à sua produção, uso e comercialização, bem como pelo estímulo do consumo por algumas comunidades (ROCHA *et al*, 2015).

Existe relação entre gravidade dos problemas relacionados ao uso de álcool com a presença de ideação suicida, possivelmente devido ao aumento da agressividade, impulsividade e hostilidade. As consequências do uso indevido dessa substância são também observadas em

outros contextos, como os relacionadas às consequências de impacto público (uso dos impostos pagos pela sociedade no financiamento de ações de tratamento e prevenção ao abuso do álcool), com a perda de produtividade que essa mesma sociedade sofre (abandono do trabalho) e acidentes que podem levar a deficiências físicas e morte precoce. O que releva a necessidade de medidas voltadas para a prevenção do uso inapropriado dessa substância (CLARO *et al*, 2015).

A prevalência de uso de álcool por pessoas com ideação suicida foi de 42,6% e com ideação suicida clinicamente significativa foi de 44,4%. A associação do uso de álcool com a ideação suicida foi verificada em estudo realizado em maiores de 18 anos que frequentam uma universidade pública no Piauí, na qual revelou que 90,3% dos indivíduos que relataram fazer uso de álcool apresentaram algum nível de ideação suicida. O uso de bebida alcoólica aumenta em 7,11 as chances da presença de ideação suicida (VELOSO *et al*, 2019). Essa mesma associação foi verificada em estudos nacionais e internacionais (RIBEIRO *et al*, 2017; GALLYER *et. al*, 2018).

A associação entre o abuso de substância e o comportamento suicida vem sendo apresentada na literatura, principalmente sob o pressuposto de que o uso indevido de álcool pode desencadear pensamentos suicidas. Tanto a presença de ideação suicida pode precipitar o uso indevido de álcool, quanto o uso indevido de álcool pode precipitar o comportamento suicida. Por conseguinte, a relação entre uso de substâncias e comportamento suicida parece ser recíproca e multidirecional, o que evidencia a necessidade de medidas preventivas para ambos os agravos (ABDALLA *et al*, 2019).

Observou-se nesse estudo que à medida que houve aumento no padrão de uso de álcool, elevou-se também a prevalência de ideação suicida e ideação suicida clinicamente significativa, ou seja, os valores mais altos dos dois níveis de ideação suicida encontraram-se no padrão compatível com provável dependência de álcool. Dados convergem com os de Lisham *et al* (2016), pois verificou que a dependência de álcool esteve presente em 13% dos indivíduos que apresentaram ideação suicida de baixa gravidade e em 16% nos participantes que foram considerados como com ideação suicida de alta gravidade.

Estudo realizado através da análise dos dados da Pesquisa Nacional Combinada 2008-2012 sobre uso de drogas e saúde, que objetivou a verificação do impacto do *binge drinking* no comportamento suicida na população adulta dos Estados Unidos da América, verificou que a ideação suicida prevaleceu nos indivíduos que faziam uso em *binge* (29,0%), quando comparados àqueles que não eram bebedores compulsivos, evidenciando que à medida que aumenta a gravidade do consumo, eleva-se a presença de ideação suicida (GLASHEEN, 2015).

Verificou-se também neste estudo que a análise de correlação entre os escores obtidos no BSI e anos de estudo comprova correlação negativa significativa entre elas, ou seja, quanto menos anos de estudo, maiores os scores da BSI. Informação que corrobora com resultados de pesquisas que afirmam que um nível educacional mais baixo influencia de forma importante os níveis de ideação suicida (RAPOZO *et al*, 2016; SOLVEIG *et al*, 2019).

O nexos entre a ideação suicida e escolaridade é um indicador que merece atenção, pois as pessoas que possuem menor grau de instrução evidenciam menor observação e prática de hábitos de vida saudável. A educação permite a busca por mais recursos de promoção e prevenção da saúde, como estratégias e recursos para o enfrentamento de situações estressantes (MORAES, 2018).

Através da análise de correlação entre os escores do BSI e variável idade, observou-se entre elas a existência de correlação negativa, que significa que quanto menor a idade do indivíduo, maior o escore no BSI. Cheref, *et al* (2019) relatou que a ideação suicida foi associada a idade ao demonstrar que os participantes do estudo que tinha idades compreendida entre 18 a 25 anos tiveram 2,5 vezes mais chances do que os participantes de 16 a 49 anos de pensar em suicídio. Estudos nacionais corroboram com os resultados obtidos nesse estudo, ao verificar a prevalência elevada de ideação suicida nas faixas etárias que compreendem a infância e adolescência (LUCA *et al*, 2018; CHAVEZ *et al*, 2017).

A ideação suicida é um comportamento comumente relatado nas faixas etárias que antecedem a vida adulta (LUCA *et al*, 2018) e algumas características referentes ao desenvolvimento humano tornam os indivíduos mais jovens mais vulneráveis à ocorrência de ideação suicida, tais como: Impulsividade, isolamento social, insatisfação com imagem corporal, presença de transtornos mentais, jogos de asfixia, desentendimentos com colegas, *bullying*, influência das mídias digitais, ruptura de relacionamentos afetivos, estrutura e funcionamento familiar prejudicados e histórico familiar de depressão e suicídio (SILVA, 2019).

A presença de ideação suicida e ideação suicida clinicamente significante entre as pessoas que fazem uso de álcool foi de 18,6% e 7,7%, respectivamente. Fato também observado em estudos de semelhante objetivo, que afirmaram que 20,8% e 24% (respectivamente) dos entrevistados que fazem ingestão de álcool reportaram a ideação suicida (ABDALLA *et al*, 2019, ALMEIDA *et al*, 2013). Outro estudo relatou prevalência ainda maior desse comportamento entre os indivíduos que usam álcool (RIBEIRO *et al*, 2017).

Em relação à associação da ideação suicida com variáveis socioeconômicas e condições de vida das pessoas que faziam uso de álcool observou-se que prevaleceu a faixa etária que

compreendeu indivíduos de 30 a 39 anos e com companheiro com convívio no mesmo lar. Achados esses que se assemelham aos encontrados em estudos sobre os agravos em questão (WIG *et al*, 2014; LISHAM *et al*, 2016)

As variáveis socioeconômicas e condições de vida das pessoas que faziam uso de álcool associadas à ideação suicida clinicamente significante foram: Idade de 20 a 29 anos e situação conjugal sem companheiro. Pesquisas apresentaram dados similares aos encontrados acima (VELOSO *et al*, 2019; CANTÃO *et al*, 2016; SANTOS *et al*, 2017)

As demais variáveis apresentaram associação estatística significante de modo similar nos dois níveis de ideação suicida, a saber: Sexo feminino, indivíduos com filhos, que se autodeclararam de cor parda, classe econômica E, não possuíam emprego, com alguma religião e que afirmaram não realizar atividade física, presença de evento estressor, problemas no sono, histórico de violência e de discriminação. Tal associação entre variáveis foi demonstrada em estudos que abordaram a mesma temática (JÚNIOR *et al* 2016; CARIDADE, 2018; PLUTARCO, 2019; CANTÃO *et al*, 2016; ZYGO *et al*, 2019).

Através do modelo de regressão logística multivariada para presença de ideação suicida significante, observou-se que ser do sexo feminino apresentou associação estatística significante e que mulheres apresentam 3 vezes mais chance de manifestar esse comportamento. Fato também evidenciado em outro estudo, no qual houve associação estatisticamente significante entre ideação suicida e mulheres (BRÁS *et al*, 2017).

Alguns elementos devem ser levados em consideração quando se trata de fatores que levam essas mulheres a considerar o suicídio, e um deles está relacionado a questões ligadas ao gênero. Aspectos esses que podem envolver os rígidos papéis de gênero que essas mulheres realizam, uma posição desigual ou falta de poder em relação aos filhos, marido e familiares. Também pode estar relacionado à violência sofrida (psicológica, verbal, física, sexual ou institucional). A somatização de tal vivência compromete a saúde mental das mulheres, de modo a promover o isolamento, ansiedade, baixa autoestima e depressão, pode culminar na ideação suicida (MENEGHEL *et al*, 2015).

Histórico de discriminação apresentou associação estatisticamente significante com os dois níveis de ideação suicida abordados nessa pesquisa, elevando em 1,9 as chances da presença de ideação suicida e em 3,7 vezes o risco de ideação suicida clinicamente significante. A pessoa que sofre discriminação fica com marcas em relação ao respeito próprio e do poder pessoal, da sua autonomia e competência de autodeterminação sobre a própria vida. As taxas de suicídio são elevadas em grupos vulneráveis que sofrem discriminação, como refugiados e

migrantes, indígenas, lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI) e pessoas privadas de liberdade (PAHO, 2019).

O estigma eleva, pois, a vulnerabilidade dos seres e grupos, o que reflete diretamente nas suas condições de saúde. Independente da fonte causadora do estigma, as implicações na vida do indivíduo acometido podem ser: violação da dignidade humana, isolamento e exclusão sociais, menor acesso aos serviços de saúde, comprometimento das chances de vida, com deterioração da qualidade de vida e aumento do risco de morte (GODOI *et al*, 2014).

Quanto ao estado civil, ser divorciado(a) ou viúvo(a) (estado civil sem casamento, com casamento anterior) acrescenta em 4 vezes as chances da ideação suicida clinicamente significativa e ser solteiro (sem companheiro) aumenta em 2,9 o risco em apresentar esse nível de ideação suicida. Uma das causas para esse fenômeno é a relação de dependência emocional ao cônjuge, expressa, por exemplo, pela concepção de que não é possível viver sem o outro. A dependência emocional compreende um padrão persistente de necessidades psicológicas que não foram atendidas e que podem resultar na carência de autoestima e idealização do outro, fato que predispõem à alterações comportamentais e que pode resultar em sofrimento psíquico e consequências (GOMES *et al*, 2014)

A presença de histórico de evento estressor no último ano aumentou as chances da ideação suicida clinicamente significativa em 3,1 vezes. Pesquisa que visou a identificação de classes distintas de categorias de eventos estressores e a interferência dessas classes na ideação suicida e tentativa de suicídio, evidenciou que 14,4% dos participantes da pesquisa afirmaram ter tido algum evento estressor (MCFEETERS; BOYDA; O'NEILL, 2015)

Eventos estressores são definidos como fatos ocorridos na vida que alteram o ambiente e provocam uma tensão que interfere nas respostas emitidas pelos indivíduos. Apesar da influência biológica e genética no comportamento suicida, os fatores externos tidos como psicossociais (família desestruturada, desemprego, pobreza, dificuldade de acesso à saúde e educação, doença na família, falecimento de alguém querido, divórcio, dentre outros) podem ser causadores de estresse, podem ser modificadores do ambiente e aumentarem a probabilidade do surgimento de problemas emocionais interferindo no comportamento do indivíduo (MATOS *et al*, 2015).

Indivíduos que apresentam problemas no sono apresentam 2,9 vezes mais chances de ideação suicida clinicamente significativa. Alterações no sono podem causar consequências a nível do equilíbrio emocional, que pode originar perturbações depressivas, de ansiedade e stress nos indivíduos. Os transtornos nos padrões de sono, podem resultar num elevado risco de transtornos somáticos e psicológicos, que atingem negativamente a qualidade de vida. A

redução da duração de sono normal favorece a elevação da agressividade, irritabilidade, labilidade emocional e menor tolerância à frustração (CERTO, 2016).

CONCLUSÃO

Evidenciou-se que as variáveis sexo, presença de evento estressor, problemas no sono, histórico de violência e de discriminação apresentaram associação com a ideação suicida. Em relação à ideação suicida clinicamente significativa, mantiveram associação as variáveis: sexo, faixa etária, situação conjugal, presença de evento estressor, problemas no sono, histórico de violência e discriminação. Constatou-se ainda elevada prevalência de ideação suicida, ideação suicida clinicamente significativa e altas taxas de uso de álcool na população adulta atendida pelas UBS de Teresina. Concluiu-se que eleva-se a gravidade dos níveis de ideação suicida à medida que eleva-se o padrão de uso de álcool

Tais achados revelam a associação que o uso de álcool exerce na ideação suicida e constituem-se tanto como um diagnóstico situacional para que os serviços de atenção básica de saúde promovam ações de prevenção e enfrentamento a essas questões, como também para que os profissionais de saúde que atuam nesse âmbito ou fora dele, tenham ciência da relevância de medidas que visem identificar e minimizar tal situação e também como subsídio para o planejamento de ações políticas e programas direcionados a essas problemáticas.

Como limitações desse estudo, pontuam-se a participação apenas de indivíduos acima de 20 anos, tendo em vista que os casos de ideação suicida apresentam elevada nas faixas etárias que compreendem a infância e adolescência, e a pouca disponibilidade de estudos nacionais atuais sobre a temática. Dessa forma, recomenda-se a realização de futuras pesquisas de forma a inserir crianças e adolescentes e que abordem técnicas que visem a redução do impacto causado pela associação do álcool na ideação suicida.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, R. R. *et al.* Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 437-440, Oct. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000500437&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 de jan. de 2020.

ALENCAR, T. L.; MARANHÃO, T.L.G; FERNANDES, R. M. M; RODRIGUES, M. S. A Relação entre Depressão e Ideação Suicida na Juventude. **Rev. Mult. Psic.** v.12, n. 39. 2018 - ISSN 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1011>. Acesso em 27 de dez. de 2019.

ALMEIDA, R. M. M; FLORES, A. C. S; SCHEFFER, M. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Jan. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf. Acesso em 15 de out. de 2019.

AUSTIN J.G. *et al.* Problematic alcohol use and suicidal ideation among firefighters: A multi-study investigation of the explanatory roles of perceived burdensomeness and thwarted belongingness. **Journal of Affective Disorders**. v.1, n.238, p. 281-288. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717326848?via%3Dihub>. Acesso em 15 de ago. de 2019.

BABOR, T. F. *et al.* **AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool- roteiro para uso em atenção primária**. Organização Mundial de Saúde-Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de junho de 2018.

BECK, A.T.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. Assessement of suicidal intention: **The Scale for Suicide Ideation**, v.47, n.2, p.343-52, 1979. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/469082>. Acesso em 25 de mai. de 2018.

BRASIL, Ministério de Saúde (2019). **Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir**. Brasília: BRASIL, Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>. Acesso em 06 de out. de 2019.

BRAS, M; JESUS, S; CARMO, C. Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação Suicida em Adolescentes. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 17, n. 2, p. 132-149, set. 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862016000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170203>.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Suicídio: saber, agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico, v.48, n.30. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>. Acesso em 09 de nov. de 2019.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília, DF. 26 abr. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>. Acesso em 11 de nov. de 2019.

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

BOTEGA, N. J. *et al.* Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 12, p. 2632-2638, Dec. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200010. Acesso em 13 de mai. de 2018.

BOUCHRA, *et al.* Suicidal ideations, plans and attempts in primary care: cross-sectional study of consultants at primary health care system in Morocco. **Pan African Medical Journal**. 2016; v.24, p.274. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5267922/>. Acesso em 02 de jan. de 2020.

CANTÃO,L. *et al.* Suicidal behavior among drug addicts. **Rev Bras Enferm**, v.69, n.2, p.366-73, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200389&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 15 de junho de 2018.

CARIDADE, Sónia; BARROS, Sara. Violência nas relações íntimas juvenis e ideação e comportamentos suicidas. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 19, n. 2, p. 323-336, agosto 2018 . Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862018000200013&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

CARMO, E. A. *et al.* Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000100303&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 de maio de 2018.

CERTO, A. C. T. Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária)- Instituto Politécnico de Bragança- Escola Superior de Saúde -2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13051>. Acesso em: 03 de dez. de 2019.

CLARO, H.G, *et al.* Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** nov.-dez. 2015; v.23, n.6, p.1173-80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01173.pdf. Acesso em: 02 de jan. de 2020.

CHAVEZ, H. Sintomatologia depressiva, ideação suicida e autoconceito em uma amostra de crianças mexicanas. **Avances en Psicología Latinoamericana**, 2017, v.35, n.3, p.501-14.

Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v35n3/1794-4724-apl-35-03-00501.pdf>. Acesso em: 10 de dez. de 2019.

CHEREF, S. *et al.* Refinando preditores psicológicos, de uso de substâncias e sociodemográficos da idéia e tentativas de suicídio em uma amostra multiétnica nacional de adultos, 2008-2013. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 2019, v.207, n.8, p.675-682. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31306289>. Acesso em: 03 de jan. de 2020.

CHOI, K.W; *et al.* Alcohol-induced disinhibition is associated with impulsivity, depression, and suicide attempt: A nationwide community sample of Korean adults. **J Affect Disord.** v. 227, p. 323-329. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29132075>. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.001. Acesso em 10 de março de 2019.

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

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas (INPAD). **Levantamento Nacional da Álcool e Outras Drogas - LENAD**. 2013. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 24 de julho de 2018.

FEIJÃO, I.E.P; *et al.* Prática de binge alcoólico entre estudantes universitários. **Rev bras promoç saúde**, fortaleza, v.25, n.4, p. 462-468, out./dez., 2012. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2549>. Acesso em: 7 de outubro de 2029.

GLASHEEN, C. *et al.* Binge drinking and the risk of suicidal thoughts, plans, and attempts. **Addict Behav.** v. 43, p. 42-49. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25553510>. Acesso em 06 de fevereiro de 2019.

GALLYER, A.J. *et al.* Uso problemático de álcool e ideação suicida entre bombeiros: Uma investigação de vários estudos sobre os papéis explicativos da carga percebida e da pertença frustrada. **J Afetar Desordem.** V.238, p. 281-288. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29898427>. Acesso em 1 de outubro de 2019;

GODOI, A. M. M; GARRAFA, V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. **Saude soc.** São Paulo , v. 23, n. 1, p. 157-166, mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100157&lng=pt&nrm=iso>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100012>. Acesso em 04 jan. 2020.

GOMES, N. P. *et al.* Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 63-69, Abr. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2020.

GONCALVES, A. M. *et al.* Avaliação do padrão de uso do álcool entre moradores de uma região socialmente vulnerável. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde**

Mental, Porto, n. spe2, p. 95-100, fev. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 dez. 2019.

HONG, C.B. *et al.* Patterns of Alcohol Consumption and Suicidal Behavior: Findings From the Fourth and Fifth Korea National Health and Nutritional Examination Survey (2007–2011). **J Prev Med Public Health**. v. 48, n.3,p.142-150. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26081651>. DOI: 10.3961/jpmph.14.027. Acesso em 15 de mar. de 2019.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Panorama, Piauí. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina/panorama>. Acesso em 16 de nov. de 2019.

JOMAR, T. *et al.* Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **J Bras Psiquiatr**. n. 64, v.1, p. 55-62, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0055.pdf>. Acesso em: 24 de julho de 2018.

JUNIOR, C.A.S.A; *et al.* Suicidal behaviour in adolescents: characteristics and prevalence. **J. Hum. Growth Dev**. vol.26, n.1, pp. 88-94. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113733>. Acesso em: 03 de jan. de 2020.

JOMAR, R. T. *et al.* Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 27-38, Jan. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de dez. de 2019.

LISHAM, A. *et al.* Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental health evaluation. **Journal of Affective Disorders**. v.189, p. 344–350. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26474375>. Acesso em 13 de jan. de 2020.

LÖVESTAD, S. *et al.* Suicidal ideation and attempts in population-based samples of women: temporal changes between 1989 and 2015. **BMC Public Health**. v.19, n.1, p. 351. 2019. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6685-5>. Acesso em 05 de janeiro de 2020.

LUCA, L.A. F; COSTA, D. A. O; SOUZA, R. M. Ideação Suicida em Adolescentes de 15 a 18 Anos Estudantes do Ensino Médio da Microrregião de São Carlos/SP. **Brazilian Journal of Forensic Scienses**. v. 6, n.4. 2017. Disponível em: <http://www.ipebj.com.br/forensicjournal/edicoes?volume=6&numero=4&artigo=264>. Acesso em 10 de jan. de 2020.

MANIAM, T. *et al.* Risk factors for suicidal ideation, plans and attempts in Malaysia.. **Compr Psychiatry**. v. 55, n.1, p.121-125. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24156873>. Acesso em: 11 de outubro de 2019.

MALVEZZI, C. D; NASCIMENTO, J. L. Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v.

16, n. 3, p. 1095-1112. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301095&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de ago. De 2019..

MATOS, M. B. *et al.* Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.7, p.2157-2163, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000702157&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20 de dezembro de 2019.

MCFEETERS, D; BOYDA, D; O'NEILL, S. Padrões de Eventos Estressantes da Vida: Distinguindo Ideatores do Suicídio de Suicídios. **Journal of Affective Disorders**, v.175, p. 192-198. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714008209?via%3Dihub>. Acesso em 07 de jan. de 2020.

MÉNDEZ, E.B. **Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. 1999. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999. Disponível em: http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/site/content/teses_e_dissertacoes/detalhes.php?tese=265. Acesso em: 29 de março de 2018.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1721-1730, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601721&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02112015>.

MONTES,S.J; ROSEIRO, S.M. Alcohol abuse numbers in Spain: Nearly 420,000 deaths in current century. **Rev Clin Esp**. v. 218, n.7, p.386-389. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29859629>. Acesso em 08 de out. de 2019.

MORAES, J. S. D. Depressão e ideação suicida em idosos com plegias por Acidentes Vascular Encefálico. 2018. 67f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - PPGSP) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018.

MUNHOZ, T. N. *et al.* Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00104516, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de dez. de 2019.

OLIVEIRA, M. I. V. Suicídio, tentativa e ideação suicida: estudo epidemiológico/ Maria Ivoneide Veríssimo de Oliveira. – 2013. 157 f. : il. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013. Acesso em: 29 de dezembro de 2019. Disponível em: <https://slidex.tips/download/universidade-federal-do-ceara-faculdade-de-medicina-departamento-de-saude-comuni>

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2019) **Folha informativa – Suicídio**. Washington: PAHO. Available from:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Access in Oct 11, 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2018) **Folha informativa – Álcool**. Washington: PAHO. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093. Acesso em 08 de outubro de 2019.

PEREIRA, A,S; WILLHELM, A, R; KOLLER, S,H; ALMEIDA, R,M,M. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciênc. saúde colet.** v.23, n.11. Nov 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103767&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de outubro de 2019.

PEREIRA, A; CARDOSO, F. Suicidal Ideation in University Students: Prevalence and Association With School and Gender. **Paidéia.** v. 25, n.62, p. 299-306. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2015000300299>. ISSN 0103- 863X. Acesso em 12 de dez. de 2019.

PEREIRA, M.O. *et al.* Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 3, p. 420-428, jun. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000300018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 dez. 2019.

PLUTARCO, L. W. Da ideação para a ação : testando a teoria de três passos do suicídio em contexto brasileiro / lia wagner plutarco. – 2019. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de PósGraduação em Psicologia, Fortaleza, 2019.

RAPOSO, J.V. *et al.* Níveis de ideação suicida em jovens adultos. **Estudos de Psicologia.** v.33, n.2, p. 345-354. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200345. Acesso em 29 de nov.2019.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M.R.; Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23, n. 9, p.2821-2834, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-2821.pdf>. Acesso em 20 Jan 2020.

RIBEIRO, K. C. S. *et al.* Alcohol and tobacco and the association with other vulnerabilities in young people. **Psic., Saúde & Doenças,** Lisboa , v. 18, n. 2, p. 348-359, ago. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 dez. 2019.

ROCHA, P. R; DAVID, H.M.S.L. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Ribeirão Preto , v. 11, n. 1, p. 42-48, mar. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p41-48>

ROGLIO, V. S; KESSLER, F.H.P. Drogas e comportamento suicida: um apelo a intervenções positivas, amplas e preventivas. **Braz. J. Psiquiatria** , São Paulo, v. 41, n. 5, p. 373-374,

outubro de 2019. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462019000500373&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 dez. 2019.

SANTOS, H.G.B; *et al.* Factors associated with suicidal ideation among university students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v. 25, p.2878, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100332. Acesso em 02 de jan. de 2020.

SÉRVIO, S.M.T, CAVALCANTE, A.C.S. Retratos de autópsias psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. **Psicol Ciênc Prof.** Brasília, v. 33, n. spe, p. 164-175, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000500016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de outubro de 2019.

SILVA, L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 32, n. 3, p. III-IVI, junho de 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 jan. 2020.

SIQUEIRA, L; SMITH, V.C. Binge Drinking. **Pediatrics.** v.136, n.3, p. 718-726. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26324872>. Acesso em 10 de out. de 2019.

TURECKI, G; BRENT, D.A. Suicídio e comportamento suicida. **Lanceta.** v. 387, p. 1227-39, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615002342>. Acesso em 07 de dezembro.

TENG, C. H., & PAMPANELLI, M. B. O Suicídio no contexto psiquiátrico. **Revista Brasileira de Psicologia,** n.2, v.1, p. 41-51, 2015. Disponível em: <http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Teng-Pampanelli-2015-O-Suic%C3%ADdio-no-contextopsiqui%C3%A1trico.pdf>. Acesso em: 29 de out.2019.

SANGHAMITRA, P; *et al.* Prevalence, pattern, and correlates of alcohol misuse among male patients attending rural primary care in India. **Journal of Pharmacy and Bio Allied Sciences.** v.9,n.1, p.66-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5450472/>. Acesso em: 05 de jan. de 2020.

SILVA, R.V.A. *et al.* Comportamento suicida: um olhar para além do modelo biomédico. **Revista Acreditação:** v.6, n.12, p. 66-83,2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5767126>. Acesso em: 10 de novembro de 2019.

VARGAS, D; *et al.* Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 17-25, jan. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301095. Acesso em: 02 de dezembro de 2019.

VELOSO, L. U. P. *et al.* . Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre , v. 40, e20180144, 2019 .

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100437&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de dez. 2019.

WASELFSZ, J.J. **Mapa da Violência 2014 - os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf. Acesso em: 3 de maio de 2018.

WIGG, C. M. D, *et al.* A relação entre qualidade do sono, depressão e ansiedade em pacientes com epilepsia e ideação suicida. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* São Paulo, v. 72, n. 5, p. 344-348, maio de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2014000500344&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de janeiro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2019). **SAFER – working with partners to reduce the harmful use of alcohol**. Genebra: WHO. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/SAFER_2019/en/. Acesso em 12 de out. De 2010.

ZYGO, M; *et al.* Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13–19 years. **Ann Agric Environ Med.** v. 26, n.2, p. 329–336 Disponível em: <http://www.aaem.pl/Prevalence-and-selected-risk-factors-of-suicidal-ideation-suicidal-tendencies-and,93817,0,2.html>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
Formulário socioeconômico, condições de saúde e hábitos de vida

Formulário nº _____ Data da Entrevista: ____/____/_____
Nome do Entrevistador (a): _____ NASF: _____ UBS: _____
EQUIPE: _____ MICROÁREA: _____
Código de Identificação do participante: _____

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
1. Sexo: 0. Masculino 1. Feminino	[]
2. Idade (Anos completos):	[]
3. Qual o seu estado civil? 0. Com companheiro (a), em convívio no mesmo lar (casada, união estável) 1. Com companheiro (a), sem convívio (namorado, lares diferentes) 2. Sem companheiro (a), com casamento anterior (viúvas, separadas, divorciadas) 3. Sem companheiro (a), sem casamento anterior	[]
4. Possui filhos? 0. Não 1. Sim	[]
5. Como você considera a sua cor/raça? 0. Branca 1. Preta 2. Amarela 3. Parda 4. Indígena	[]
6. Anos de estudo?	[]
7. Classe econômica segundo renda familiar 0. A- Acima 20 SM (R\$ 15.760,01 ou mais) 1. B- 10 a 20 SM (De R\$ 7.880,01 a R\$ 15.760,00) 2- C- 4 a 10 SM (De R\$ 3.152,01 a R\$ 7.880,00) 3- D- 2 a 4 SM (De R\$ 1.576,01 a R\$ 3.152,00) 4- E- Até 2 SM (Até R\$ 1.576,00)	[]
8. você trabalha? 0. Não 1. Sim	[]
9. Se sim, qual a sua ocupação: _____	
10. Possui religião 0. Não 1. Sim	[]

11. Prática religiosa 0. Não 1. Sim	[]
PARTE II – CONDIÇÕES DE SAÚDE	
1. Com que frequência procura os serviços de saúde? 0. Não costuma procurar 1. 1x na semana 2. 1x no mês 3. 2 x no mês 4. 1x a cada 3 meses 5. 1 x a cada 6 meses 6. 1x no ano	[]
2. Você tem alguma doença? Qual? 0. Hipertensão 1. Diabetes 2. Obesidade 3. Problema gastrointestinal 4. Problema osteomuscular 5. Problemas pulmonares 6. Transtornos mentais 7. Outra: especificar _____ 8. Não Se NÃO, pule para a pergunta de nº 5.	[]
3. Há quanto tempo está com esse problema de saúde: _____	[]
4. Faz uso de medicação para tratar os referidos agravos? Quantas? _____ 0. Não 1. Sim	[]
5. Evento estressor recente, último ano? (Perda de emprego, luto, problemas financeiros, doença terminal, problemas familiares.)	[]
6. Possui problemas com o sono? 0. Não 1. Sim	[]
PARTE III – HÁBITOS DE VIDA	
1. Faz uso de substâncias ilícitas/licitas? (Crack, maconha, cocaína, solventes, cigarro...) 0. Não 1. Sim	[]
2. Você já fez tratamento psicológico/ psiquiátrico? 0. Não 1. Sim	[]

3. Você faz tratamento alternativo para problemas emocionais? Se SIM, qual? _____ 0. Não 1. Sim	[]
4. Refere prática de atividade física? 0. Não 1. Sim	[]
5. Já sofreu algum tipo de violência? Qual tipo? _____ 0. Não 1. Sim	[]
6. Já sofreu algum tipo de discriminação? Qual? 0. Não 1. Sim	[]

ANEXO A - ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK

PARTE 1

1

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

2

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

3

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

4

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

5

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

Se você fez um círculo nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então prossiga para o grupo 6 a 20 .

PARTE 2

6

0. Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente.
1. Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo.
2. Tenho longos períodos com ideias de me matar.

7

0. Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.
1. Tenho ideais frequentes de me matar.
2. Penso constantemente em me matar.

8

0. Não aceito a ideia de me matar.
1. Não aceito, nem rejeito, a ideia de me matar.
2. Aceito a ideia de me matar.

9

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

10

0. Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida.
1. Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida.
2. Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por tentativa mal sucedida.

11

0. Minhas razões para querer cometer suicídio tem em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim.
1. Minhas razões para querer cometer suicídio não tem em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.
2. Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga dos meus problemas.

12

0. Não tenho plano específico sobre como me matar.
1. Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
2. Tenho um plano específico para me matar.

13

0. Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade para me matar.

1. O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade para usá-lo.
2. Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade para usá-lo.

14

0. Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
1. Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
2. Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.

15

0. Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
1. Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
2. Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

16

0. Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
1. Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
2. Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.

17

0. Não escrevi um bilhete suicida.
1. Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.
2. Tenho um bilhete suicida pronto.

18

0. Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido o suicídio.
1. Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
2. Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

19

0. Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
1. Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.
2. Tenho tentado não revelar, esconder o mentir sobre a vontade de cometer suicídio.

20

0. Nunca tentei suicídio.

1. Tentei suicídio uma vez.
2. Tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

21

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

ANEXO B – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

AUDIT- ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

(0) Nunca [vá para as questões 9-10]

(1) Mensalmente ou menos

(2) De 2 a 4 vezes por mês

(3) De 2 a 3 vezes por semana

(4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

(0) 0 ou 1

(1) 2 ou 3

(2) 4 ou 5

(3) 6 ou 7

(4) 8 ou mais

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

(0) Não

(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

(0) Não

(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) Sim, nos últimos 12 meses

Anote aqui o resultado.