



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

ANA PAULA CARDOSO COSTA

**NÍVEIS DE ANSIEDADE E SUA RELAÇÃO COM RISCO DE SUICÍDIO EM
ADULTOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

TERESINA

2021

ANA PAULA CARDOSO COSTA

**NÍVEIS DE ANSIEDADE E SUA RELAÇÃO COM RISCO DE SUICÍDIO EM
ADULTOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

TERESINA

2021

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

C837n Costa, Ana Paula Cardoso.
Níveis de ansiedade e sua relação com risco de suicídio em adultos assistidos na atenção primária à saúde / Ana Paula Cardoso Costa. -- Teresina, 2021.
121 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.
Orientação Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.
Bibliografia

1. Ansiedade. 2. Suicídio. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde Mental. I. Título.

CDD 157.32

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

ANA PAULA CARDOSO COSTA

**NÍVEIS DE ANSIEDADE E SUA RELAÇÃO COM RISCO DE SUICÍDIO EM
ADULTOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 18/01/2021

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

Prof. Dr. José Carlos Santos – 1º Examinador
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – ESEnfC

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

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

A Deus, condutor da minha vida. Aos meus pais, Paulo e Naiane, meu apoio, fortaleza e exemplo de hombridade. Aos meus irmãos, Pedro e Bianca, minha fonte de amor inesgotável.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar meus passos, me proporcionar força e coragem para ir em busca dos meus objetivos, me fortalecer diante das dificuldades e me fazer acreditar que sou capaz de alcançar cada sonho almejado.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), instituição da qual me orgulho, onde conclui a graduação em Enfermagem, e por meio desta, agora alcanço mais um degrau: o Mestrado em Enfermagem.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPI (PPGEnf/UFPI), na pessoa da coordenadora, Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura, pelos conhecimentos e crescimento proporcionados durante o curso de mestrado. Gratidão aos docentes e funcionários que constituem este Programa.

À minha orientadora, Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, por todos os ensinamentos, acolhimento e confiança. Desde a graduação, tenho sido presenteada com suas valorosas contribuições, que iluminam minha trajetória acadêmica-profissional. Sou grata por todos os aprendizados e pela sua condução cuidadosa e ética na construção deste estudo. À senhora, toda minha admiração.

Aos membros da banca examinadora: Prof. Dr. José Carlos Santos, Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior e Profa. Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes, por aceitarem fazer parte deste momento, pela disponibilidade, pelo cuidado dispensado no aperfeiçoamento deste trabalho e pelas valiosas contribuições realizadas.

Ao Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior, pelas oportunidades concedidas e pela confiança depositada, que tem me proporcionado enorme crescimento acadêmico-profissional. Agradeço por todos os ensinamentos, e, também, pela supervisão durante o Estágio de Docência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos disponibilizada por meio do Programa de Demanda Social. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo recurso de Bolsa Produtividade em Pesquisa durante a condução do macroprojeto ao qual este estudo está vinculado.

Ao Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM), por todos os momentos compartilhados e pelo aprendizado adquirido com cada membro. Em especial, à Profa. Dra. Lorena Uchoa Portela Veloso, por

coordenar a coleta de dados do macroprojeto, pelo trabalho desenvolvido com o *Nurses Global Assessment of Suicide Risk*, e por possibilitar sua utilização neste estudo.

À equipe de coleta de dados do macroprojeto: Luana Ruth Braga Campos, Larissa Alves de Araújo Lima, Clara Ananda Pimentel de Sousa Santos, Maria Carolina da Silva Costa, Eukália Pereira da Rocha, Marcos Vitor Silva Rocha, Giovanna Aragão de Almeida Santos, Vanessa da Silva Brito, e, de modo especial, à Profa. Dra. Aline Raquel de Sousa Ibiapina, pelo companheirismo durante essa fase, pela amizade construída e pelas palavras de fé.

Aos meus pais, Paulo Rodrigues da Costa e Naiane Cardoso Costa, por serem meus exemplos de vida e principal fonte de amor, pelo apoio incondicional, dedicação à família, e pela luta diária para proporcionar a mim e aos meus irmãos uma educação de qualidade.

Aos meus irmãos, Pedro Cardoso Costa e Bianca Cardoso Costa, verdadeiro significado de amor imensurável, maior riqueza da minha vida, minha força e motivação na busca pelos meus sonhos.

Ao meu namorado, Fabrycio da Costa Soares, por ser meu maior incentivador, pelo amor, companheirismo e compreensão, principalmente ao longo desta fase.

À toda minha família, pelo apoio, em especial minha avó Maria de Nazaré Cardoso Barbosa, ou simplesmente “vó Caçula”, por todo amor, cuidado e pelos ensinamentos de vida.

A todos os meus amigos, pela torcida constante e pelo carinho, e àqueles que são como irmãos, Albert Victor de Oliveira Carvalho, Luana Ruth Braga Campos e Mariana Lustosa de Carvalho, que sonharam junto comigo e estiveram presentes em todos os momentos dessa trajetória.

Aos companheiros da Turma XIII de Mestrado do PPGEnf/UFPI, pelos momentos compartilhados e pela garra demonstrada na continuidade desse processo diante da pandemia de COVID-19.

Aos 391 participantes desta pesquisa, por contribuírem para sua realização, pela confiança, e, por vezes, compartilharem conosco experiências e sentimentos únicos, que ultrapassavam o fazer ciência. Muito obrigada!

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde andar.”

Josué 1:9.

RESUMO

Introdução: atenção à saúde mental manifesta-se como questão emergente e desafiadora. Dentre as doenças mentais, o transtorno de ansiedade é apontado como preocupante. O Brasil é o país com maior taxa mundial de indivíduos com esse agravo. A presença de agravo mental é apontada como um dos mais importantes fatores de risco para suicídio. **Objetivo:** avaliar níveis de ansiedade e sua relação com risco de suicídio em adultos assistidos na atenção primária à saúde do município de Teresina-Piauí. **Material e método:** estudo analítico e transversal, realizado com dados do macroprojeto “Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI”. A coleta de dados ocorreu entre abril e julho de 2019, por meio de questionário para caracterização sociodemográfica, econômica, de condições de saúde e hábitos de vida, Inventário de Ansiedade de Beck e *Nurses Global Assessment of Suicide Risk*. Para análise estatística, utilizou-se software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0. Foram realizadas análises estatísticas descritiva e inferencial, por meio dos testes exato de Fisher, regressão logística multinomial, Kruskal-Wallis, Post-hoc de Dunn, e coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado para as análises foi de 0,05. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, Parecer nº 4.088.909. **Resultados:** 68,3% da amostra encontra-se com nível de ansiedade mínimo, 18,4% nível leve, 9,2% nível moderado, e 4,1% apresentaram nível grave. Quanto ao padrão de risco de suicídio, 80,8% da amostra apresentou risco baixo, 10,0% risco intermediário, 4,1% risco elevado, e 5,1% risco muito elevado. Houve associação estatística significativa entre os níveis de ansiedade e as variáveis: sexo ($p=0,02$), evento estressor ($p<0,001$), ter problemas no sono ($p<0,001$), realizar tratamento psicológico/psiquiátrico ($p<0,001$) e tratamento alternativo ($p=0,005$), praticar atividade física ($p<0,001$), ter sofrido violência ($p<0,001$) e discriminação ($p<0,001$). O risco de suicídio apresentou associação estatística significativa com estado civil ($p=0,003$), evento estressor ($p<0,001$), ter problemas com o sono ($p<0,001$), uso de substâncias lícitas/ilícitas ($p=0,04$), realizar tratamento psicológico/psiquiátrico ($p<0,001$), ter sofrido violência ($p<0,001$) e ter sofrido discriminação ($p<0,001$). Houve associação entre os níveis de ansiedade e as classificações de risco de suicídio. O escore de ansiedade apresentou correlação positiva moderada com o escore de risco de suicídio ($p=0,000$ e $r=0,522$). **Conclusão:** os achados demonstram que a ansiedade, quando em níveis elevados, pode potencializar as chances de risco de suicídio. Frente a esses dados, reitera-se a necessidade de cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde. É necessária abordagem sensível e abrangente, na busca de minimizar os efeitos prejudiciais destes fatores, que podem resultar, inclusive, na autorresponsabilidade pelo fim da vida.

Descritores: Ansiedade. Suicídio. Atenção Primária à Saúde. Adulto. Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: attention to mental health manifests itself as an emerging and challenging issue. Among mental illnesses, anxiety disorder is pointed out as worrying. Brazil is the country with the highest worldwide rate of individuals with this condition. The presence of mental illness is identified as one of the most important risk factors for suicide. **Objective:** to assess levels of anxiety and their relationship with suicide risk in adults assisted in primary health care in the city of Teresina-Piauí. **Material and method:** analytical and cross-sectional study, carried out with data from the macroproject "Impact of interventions for drug use, depressive symptoms, anxiety and suicidal behavior in the adult population of Teresina-PI". Data collection took place between April and July 2019, using a questionnaire for sociodemographic and economic characterization of health conditions and living habits, Beck's Anxiety Inventory and Nurses Global Assessment of Suicide Risk. Statistical Package for the Social Sciences, version 22.0, was used for statistical analysis. Descriptive and inferential statistical analyzes were performed using Fisher's exact tests, multinomial logistic regression, Kruskal-Wallis, Dunn's Post-hoc, and Spearman's correlation coefficient. The level of significance adopted for the analyzes was 0.05. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Piauí, Opinion nº. 4.088.909. **Results:** 68.3% of the sample has a minimum level of anxiety, 18.4% a mild level, 9.2% a moderate level, and 4.1% had a severe level. As for the pattern of suicide risk, 80.8% of the sample had low risk, 10.0% intermediate risk, 4.1% high risk, and 5.1% very high risk. There was a statistically significant association between anxiety levels and the variables: sex ($p=0.02$), stressful event ($p<0.001$), having sleep problems ($p<0.001$), undergoing psychological / psychiatric treatment ($p<0.001$) and alternative treatment ($p=0.005$), practicing physical activity ($p<0.001$), having suffered violence ($p<0.001$) and discrimination ($p<0.001$). The risk of suicide showed a statistically significant association with marital status ($p=0.003$), stressful event ($p<0.001$), having problems with sleep ($p<0.001$), use of legal/illegal substances ($p=0.04$), perform psychological/psychiatric treatment ($p<0.001$), have suffered violence ($p<0.001$) and have suffered discrimination ($p<0.001$). There was an association between anxiety levels and suicide risk classifications. The anxiety score showed a moderate positive correlation with the suicide risk score ($p=0.000$ and $r=0.522$). **Conclusion:** the findings demonstrate that anxiety, when at high levels, can increase the chances of suicide risk. In view of these data, the need for mental health care in primary health care is reiterated. A sensitive and comprehensive approach is needed in order to minimize the harmful effects of these factors, which can even result in self-responsibility for the end of life.

Descriptors: Anxiety. Suicide. Primary Health Care. Adult. Mental Health.

RESUMÉN

Introducción: la atención a la salud mental se manifiesta como un tema emergente y desafiante. Entre las enfermedades mentales, el trastorno de ansiedad se señala como preocupante. Brasil es el país con la mayor tasa mundial de personas con esta afección. La presencia de enfermedad mental se identifica como uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio. **Objetivo:** evaluar los niveles de ansiedad y su relación con el riesgo de suicidio en adultos atendidos en atención primaria de salud en la ciudad de Teresina-Piauí. **Material y método:** estudio analítico y transversal, realizado con datos del macroproyecto "Impacto de las intervenciones por consumo de drogas, síntomas depresivos, ansiedad y conducta suicida en la población adulta de Teresina-PI". La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y julio de 2019, utilizando un cuestionario para la caracterización sociodemográfica y económica de las condiciones de salud y hábitos de vida, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Evaluación Global del Riesgo de Suicidio por Enfermeras. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales, versión 22.0. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales utilizando las pruebas exactas de Fisher, regresión logística multinomial, Kruskal-Wallis, Dunn's Post-hoc y el coeficiente de correlación de Spearman. El nivel de significancia adoptado para los análisis fue de 0,05. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Piauí, Opinión nº. 4.088.909. **Resultados:** 68,3% de la muestra tiene un nivel mínimo de ansiedad, 18,4% un nivel leve, 9,2% un nivel moderado y 4,1% un nivel severo. En cuanto al patrón de riesgo de suicidio, el 80,8% de la muestra tenía riesgo bajo, 10,0% riesgo intermedio, 4,1% riesgo alto y 5,1% riesgo muy alto. Hubo asociación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y las variables: sexo ($p=0,02$), evento estresante ($p<0,001$), tener problemas de sueño ($p<0,001$), estar en tratamiento psicológico/psiquiátrico ($p<0,001$) y tratamiento alternativo ($p=0,005$), practicar actividad física ($p<0,001$), haber sufrido violencia ($p<0,001$) y discriminación ($p<0,001$). El riesgo de suicidio mostró una asociación estadísticamente significativa con el estado civil ($p=0,003$), evento estresante ($p<0,001$), problemas de sueño ($p<0,001$), uso de sustancias legales/ilegales ($p=0,04$), realizar tratamiento psicológico/psiquiátrico ($p<0,001$), haber sufrido violencia ($p<0,001$) y haber sufrido discriminación ($p<0,001$). Hubo una asociación entre los niveles de ansiedad y las clasificaciones de riesgo de suicidio. La puntuación de ansiedad mostró una correlación positiva moderada con la puntuación de riesgo de suicidio ($p=0,000$ y $r=0,522$). **Conclusión:** los hallazgos demuestran que la ansiedad, cuando está en niveles altos, puede aumentar las posibilidades de riesgo de suicidio. A la vista de estos datos, se reitera la necesidad de la atención de la salud mental en la atención primaria de salud. Se necesita un enfoque sensible e integral para minimizar los efectos nocivos de estos factores, que incluso pueden resultar en la responsabilidad propia por el final de la vida.

Descriptor: Ansiedad. Suicidio. Atención Primaria de Salud. Adulto. Salud Mental.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Distribuição das eSF do município de Teresina e sua respectiva população adulta cadastrada na ESF, segundo a territorialização dos NASF. Teresina, Piauí, Brasil. 2020.	37
Quadro 2 - Classificação dos níveis de ansiedade por meio do BAI, conforme somatório da pontuação final. Teresina, Piauí, Brasil. 2020.	39
Quadro 3 - Classificação do risco de suicídio por meio do NGASR, conforme somatório da pontuação final. Teresina, Piauí, Brasil. 2020.	40
Gráfico 1 - Prevalência dos níveis de ansiedade entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391).....	46
Gráfico 2 - Padrão de risco de suicídio entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391).....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil, 2020. (n=391)	44
Tabela 2 – Caracterização das condições de saúde da amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391).....	45
Tabela 3 – Caracterização dos hábitos de vida da amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391).....	46
Tabela 4 – Caracterização das respostas referentes a sintomas de ansiedade e sua intensidade, conforme BAI. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391).....	47
Tabela 5 – Caracterização das respostas referentes ao risco de suicídio, conforme NGASR. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)	49
Tabela 6 – Caracterização dos níveis de ansiedade (BAI) e risco de suicídio (NGASR) entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)	50
Tabela 7 – Associação entre níveis de ansiedade (BAI) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391).....	51
Tabela 8 – Análise de regressão logística multinomial envolvendo níveis de ansiedade (BAI) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)	53
Tabela 9 – Associação entre risco de suicídio (NGASR) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391).....	55
Tabela 10 – Análise de regressão logística multinomial envolvendo risco de suicídio (NGASR) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)	58
Tabela 11 – Associação entre níveis de ansiedade (BAI) e risco de suicídio (NGASR) entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391).....	59
Tabela 12 – Comparação entre níveis de ansiedade (BAI) e o escore risco de suicídio (NGASR) na amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)	59
Tabela 13 – Análise de correlação entre os escores de nível de ansiedade (BAI) e risco de suicídio (NGASR) entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária à Saúde
BAI – Inventário de Ansiedade de Beck
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10 – 10ª Classificação Internacional de Doenças
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CVV – Centro de Valorização da Vida
DSM-I – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 1ª edição
DSM-II – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 2ª edição
DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição
ESF – Estratégia Saúde da Família
eSF – Equipe de Saúde da Família
FMS – Fundação Municipal de Saúde
GEEVSM – Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Intervalo de Confiança
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGASR – *Nurses Global Assessment of Suicide Risk*
OMS – Organização Mundial da Saúde
OR – *Odds Ratio*
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SM – Salários Mínimos
SPSS – *Statistical Package for the Social Science*
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPI – Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Contextualização do problema e construção do objeto de estudo	14
1.2 Objetivos.....	16
1.2.1 Objetivo Geral.....	16
1.2.2 Objetivos Específicos	16
1.3 Justificativa e relevância do estudo	17
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	19
2.1 Ansiedade: abordagem conceitual e epidemiológica.....	19
2.2 Comportamento suicidário: conceito e epidemiologia	22
2.3 Políticas públicas de enfrentamento à saúde mental no Brasil.....	25
2.4 O cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde	31
3 MATERIAL E MÉTODO	35
3.1 Tipo de estudo.....	35
3.2 Local do estudo.....	35
3.3 População e amostra	36
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	37
3.5 Coleta de dados	38
3.5.1 Instrumentos de coleta de dados.....	38
3.5.1.1 Inventário de Ansiedade de Beck	38
3.5.1.2 Nurses Global Assessment of Suicide Risk.....	39
3.6 Variáveis do estudo	41
3.7 Organização e análise dos dados	42
3.8 Aspectos éticos e legais.....	42
4 RESULTADOS	44
4.1 Análise descritiva.....	44
4.1.1 Caracterização sociodemográfica e econômica	44
4.1.2 Levantamento das condições de saúde e hábitos de vida	45
4.1.3 Prevalência de níveis de ansiedade e padrão de risco de suicídio	46
4.2 Análise bi e multivariada	50
5 DISCUSSÃO	61
6 CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	102
ANEXOS	110

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema e construção do objeto de estudo

Atenção à saúde mental manifesta-se como questão emergente e desafiadora no século XXI (PURAS; GOODING, 2019). Dentre as doenças mentais, o transtorno de ansiedade é apontado como problemática preocupante por ser uma condição que causa prejuízos à qualidade de vida do sujeito. Estima-se que seja o transtorno psiquiátrico mais prevalente entre a população mundial (BANDELOW; MICHAELIS, 2015), e o Brasil é o país com maior taxa de indivíduos que apresentam esse agravo (WHO, 2017).

O panorama estatístico do país aponta que 9,3% dos brasileiros possuem transtorno de ansiedade. Esse percentual é quase três vezes superior à média mundial e supera, substancialmente, os índices identificados em países vizinhos, como o Paraguai, onde a taxa é de 7,6%, Chile e Uruguai, com 6,5 e 6,4%, respectivamente (WHO, 2017). Atribui-se a esse fenômeno alguns elementos, como socioeconômicos (pobreza, desemprego) e ambientais (estilo de vida em grandes cidades) (XIMENES; NEVES, 2018).

A ansiedade consiste em reação complexa do ser humano, desencadeada em situações interpretadas como perigosas, mesmo que incertas e desconhecidas. Engloba aspectos psicológicos, físicos e comportamentais e, em geral, se manifesta por sentimentos de preocupação, medo e apreensão (CHAND; MARWAHA, 2020).

Inicialmente, os sintomas ansiosos equivalem a uma reação fisiológica do ser humano, mais especificamente um mecanismo de defesa, de caráter adaptativo, que funciona como intermédio entre indivíduo e situações em seu meio ambiente. Entretanto, quando atinge níveis mais intensos, se torna contínua, sistemática, generalizada e patológica (XIMENES; NEVES, 2018).

A ansiedade pode variar em termos de gravidade, sendo classificada de leve a grave (CUNHA, 2001). Seus sintomas podem ser diagnosticados pelos critérios formais da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (KOGAN *et al.*, 2016; CROCCQ, 2015).

De acordo com a literatura, a pessoa ansiosa pode apresentar uma variedade de sintomas, que incluem aumento da pressão arterial e frequência cardíaca,

dificuldade na aprendizagem e concentração, transpiração excessiva, agitação, dificuldade respiratória, prejuízo às atividades de rotina, insônia, irritabilidade, cefaleia, rigidez e dores musculares (CHAND; MARWAHA, 2020; MONTIEL *et al.*, 2014; MAXIMIANO-BARRETO; FERMOSELI, 2017).

A presença de agravo mental é apontada como um dos mais importantes fatores de risco para suicídio. Parcela representativa das pessoas que morrem por suicídio apresentam alguma morbidade mental (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Estudo realizado no Nepal verificou que o risco para comportamento suicida foi aumentado em pessoas que sofriam de ansiedade (PANDEY *et al.*, 2019).

O comportamento suicida inclui a ideação suicida, a tentativa e o suicídio, propriamente dito. Este problema tem aumentado assustadoramente e é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo (WHO, 2014). Devido ao quantitativo de mortalidade e morbidade associado ao fenômeno, essa violência autoprovocada constitui grave problema de saúde pública (NUGENT *et al.*, 2019; FÉLIX *et al.*, 2016).

No Brasil, nota-se aumento considerável nas taxas de suicídio, especialmente nas regiões Norte (77,7%) e Nordeste (51,7%) (SANTOS *et al.*, 2016). Levantamento nacional divulgado em 2014 evidenciou que a capital do Piauí apresenta a segunda maior taxa total de mortalidade por suicídio do país (8,9 casos por 100.000 habitantes). Entre a população jovem de Teresina a taxa é ainda mais elevada, perfazendo um total de 10,4 casos por 100.000 pessoas (WAISELFISZ, 2014).

Por se tratar de evento multifacetado, vários fatores têm sido associados ao comportamento suicida, sejam eles de dimensões sociais, fisiológicas, ambientais, genéticas (BILSEN, 2018). Contudo, a presença de transtorno mental é um importante aspecto vulnerabilizador, que somado aos demais elementos, pode resultar no ato suicida (GILI *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2016).

O rastreio, bem como a prevenção do risco suicidário, devem ser realizados em todos os níveis de atenção à saúde. Entretanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) figura cenário privilegiado para esta abordagem, visto que quantidade significativa de pessoas que morrem por suicídio buscam esse nível de atenção à saúde em ocasião anterior ao ato (WHO, 2014).

Profissionais de saúde da APS, por vezes, podem não avaliar o comportamento suicida entre seus pacientes. Há uma tendência de considerar essa

avaliação apenas naqueles indivíduos que apresentam depressão, sendo negligenciados os sintomas de ansiedade. Contudo, a atenção à sintomatologia ansiosa também identifica pacientes com risco elevado e otimiza a prevenção do suicídio nos serviços de saúde primários (SHEPARDSON *et al.*, 2019).

Parcela representativa da população afetada pelos pensamentos e desejos de dar fim à própria vida é adulta (O'CONNOR *et al.*, 2018). Nesta faixa etária, também se encontram muitos indivíduos acometidos pela ansiedade (BENTLEY *et al.*, 2016; GOODWIN *et al.*, 2020). Diante dessas informações, se fazem necessárias medidas urgentes para lidar com essas adversidades no âmbito da APS, a começar pela abordagem e identificação de interação entre estes fatores.

Frente à tão relevante questão, torna-se imprescindível identificar essas situações de risco na APS, especialmente ao considerar a ansiedade como fator interligado a agravos suicidas. Diante da hipótese de que existe associação entre níveis de ansiedade e o risco de suicídio na população adulta, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: qual a relação entre os níveis de ansiedade e o risco de suicídio em adultos? Para se obter resposta a indagação, foram elaborados os seguintes objetivos:

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar níveis de ansiedade e sua relação com risco de suicídio em adultos assistidos na atenção primária à saúde do município de Teresina-Piauí.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra do estudo quanto às variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida;
- Verificar a prevalência dos níveis de ansiedade na amostra;
- Classificar o risco de suicídio na amostra;
- Identificar variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida associados aos níveis de ansiedade e ao risco de suicídio;

- Verificar associação entre os níveis de ansiedade e o risco de suicídio;
- Correlacionar os níveis de ansiedade e o risco de suicídio.

1.3 Justificativa e relevância do estudo

A aproximação com os temas relacionados à saúde mental estabeleceu-se, especialmente, a partir da inserção no Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM), da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e, posteriormente, por meio da disciplina “Enfermagem em Saúde Mental”.

No GEEVSM tive a oportunidade de desenvolver projetos de pesquisa que me familiarizaram ainda mais com a temática. Na edição 2016-2017 do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) desenvolvi a pesquisa intitulada “Associação entre tabagismo e condições de saúde em mulheres”, e na edição 2017-2018 o estudo denominado “Associação entre ideação suicida e consumo de drogas ilícitas por mulheres”. Esses relatórios redundaram em artigos científicos publicados na Revista de Enfermagem da UFPI (COSTA *et al.*, 2018) e Acta Paulista de Enfermagem (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2018), respectivamente. Em ambos, verificou-se a importância das pesquisas em saúde mental, especialmente ao analisar os resultados apresentados pelos objetos de estudo, que retrataram de problemáticas emergentes e seu impacto na saúde.

Durante essa trajetória, também concorri ao edital de monitoria acadêmica do Departamento de Enfermagem – UFPI, e exerci a função de monitora da disciplina Enfermagem em Saúde Mental por dois períodos, 2017.1 e 2017.2, o que promoveu maior aproximação com conteúdos da psiquiatria em articulação com o exercício de iniciação à docência.

No trabalho de conclusão de curso, a pesquisa desenvolvida também teve ênfase em saúde mental, com o trabalho “Prevenção do uso de álcool para bebedores sociais: enfoque nas tecnologias digitais”, que foi elaborado, sobremaneira, após reflexões dos impactos da bebida alcoólica para o indivíduo e sociedade.

As experiências descritas aliadas aos conteúdos disponíveis na literatura, que mostram a população brasileira como recordista na prevalência de ansiedade, e a magnitude e complexidade do comportamento suicida, reforçaram a necessidade de

desenvolver esta pesquisa, de forma a dar visibilidade a esses fenômenos e ao contexto ao qual estão inseridos.

Ademais, esta pesquisa apresentará dados que servirão como subsídio para planejamento de políticas públicas e ações pontuais nos serviços de assistência à saúde, direcionadas às problemáticas em questão. Contribuirá para a lacuna observada nas evidências científicas, que ainda mostra déficit em estudos que abordem esses dois agravos, especialmente no Estado do Piauí.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Ansiedade: abordagem conceitual e epidemiológica

Na atualidade, as pessoas estão cada vez mais expostas a eventos estressores. O modo de vida baseado nessa realidade tem gerado consequências em diversos contextos, especialmente na saúde mental. Globalmente, cerca de 700 milhões de indivíduos são acometidos por transtornos mentais e neurológicos, e uma a cada quatro pessoas poderá desenvolver algum distúrbio dessa modalidade durante a vida. Dentre os transtornos mais recorrentes, a ansiedade tem sido destacada e desperta atenção pelos prejuízos aos quais está interligada (HASSANZADEH *et al.*, 2017; ANDRADE *et al.*, 2019).

A palavra ansiedade vem do grego *Anshein*, que significa oprimir, sufocar. Essa condição é inerente ao processo existencial. Diante de mudanças no cotidiano que causem algum tipo de sofrimento, observa-se elevação de seus níveis. Esse termo é correspondente à angústia, demonstra a subjetividade vivenciada e manifesta reações em diversos sistemas do corpo humano (VELOSO *et al.*, 2016).

Por muitos anos, estudiosos buscaram entender e conceituar a ansiedade, mas foi por meio de trabalhos clínicos desenvolvidos por Sigmund Freud que esse transtorno passou a ser explorado de forma aprofundada e obteve-se seu quadro clínico de maneira mais objetiva. A partir do século XX, a ansiedade passou a ser caracterizada como distúrbio nas classificações psiquiátricas (CROCQ, 2015).

No primeiro Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-I) (1952), a ansiedade era considerada principal característica dos distúrbios psiconeuróticos, interpretada como um sinal de perigo enviado e percebido pelo consciente. No DSM-II, os sintomas de ansiedade foram classificados como Neuroses, que causavam preocupação e sofrimento subjetivo, dos quais o paciente desejava alívio. Com o avançar do conhecimento neurobiológico, genético e psicológico, o DSM-5 apresenta um agrupamento específico para os transtornos ansiosos, que tem em comum características de ansiedade, medo e distúrbios comportamentais relacionados (CROCQ, 2015).

Para Castañeda *et al.* (2015) a ansiedade é conceituada como estado emocional transitório do organismo humano, caracterizado por tensão e apreensão conscientemente percebidas. Essa condição é também resultante de um aumento

na atividade do sistema nervoso autônomo. Ressalta-se que a diversidade de sintomas desencadeados por esse transtorno pode variar entre as pessoas (VELOSO *et al.*, 2016).

Alguns sintomas ansiosos incluem cefaleia, alteração na respiração, palpitações, aperto no peito, mal-estar epigástrico e inquietação. Além dos efeitos motores e viscerais, esse transtorno pode afetar a atenção e o aprendizado (CHAVES *et al.*, 2015; CUNHA *et al.*, 2017).

Outra abordagem sintomatológica dessa temática aponta que a pessoa ansiosa pode demonstrar, dentre os sintomas emocionais, sensação de medo, sentimento de insegurança, pensamento catastrófico e exacerbação do período de vigília ou alerta. Em relação ao aspecto fisiológico, observam-se sintomas neurovegetativos, como insônia, taquicardia, palidez, tensão muscular, tremor, tontura, distúrbios intestinais (CHAVES NETO *et al.*, 2014).

Estudiosos afirmam que os transtornos de ansiedade são causadores de elevado sofrimento, limitações na vida cotidiana e geram custos diretos e indiretos. São os transtornos mentais mais predominantes e estão relacionados à considerável carga de doença. Estima-se que 33,3% da população mundial poderá ser afetada por essa condição adversa ao longo da vida (BANDELOW; MICHAELIS, 2015).

A literatura destaca que os sintomas ansiosos podem se manifestar em diversas fases da vida, como infância, adolescência e adultez. Contudo, Goodwin *et al.* (2020) retratam que na população adulta, o transtorno de ansiedade vem se manifestando de maneira alarmante. Entre os distúrbios psiquiátricos, essa condição merece destaque por estar entre as mais frequentes. Em sua pesquisa, Fernandes *et al.* (2017) abordam que esse problema de saúde pública, quando vivenciado em níveis elevados pode desencadear prejuízos não só para o acometido, mas também para as pessoas que estão ao seu redor.

O transtorno de ansiedade interfere significativamente na vida do indivíduo diagnosticado, podendo comprometer suas atividades cotidianas, relacionamentos sociais e outros aspectos em diferentes dimensões. Além disso, quando o referido transtorno apresenta baixo índice de remissão espontânea e não é tratado, tende a se tornar crônico, ou até mesmo corroborar com o aparecimento de outras morbidades psiquiátricas. Dessa forma, quanto mais cedo diagnosticado, avaliado e executado tratamento, melhor o prognóstico e menor o prejuízo para o indivíduo e sociedade (LAHOUSEN; KAPFFHAMMER, 2018).

Em relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2017, observou-se que houve acréscimo em 14,9% dos casos de ansiedade entre os anos de 2005 e 2015. Verificou-se também que em 2015, aproximadamente 264 milhões de pessoas apresentaram sintomas de ansiedade, com predominância de mulheres. Essa prevalência redonda em 3,6% da população mundial, índice inferior ao rastreado no Brasil, país com maior número de casos desse transtorno (WHO, 2017).

O rastreio de problemas relacionados à saúde mental ainda apresenta grande lacuna, especialmente na APS. Distúrbios comuns, como ansiedade, muitas vezes passam despercebidos por profissionais desses serviços. Majumdar, Ramya e Ramakrishnan (2019) apontam que é possível detectar transtornos mentais de forma efetiva na assistência primária, a fim de oferecer tratamento adequado e evitar consequências de maior impacto à saúde global.

A sintomatologia ansiosa também pode estar presente em alguns subtipos de transtornos. Dentre eles, destacam-se: transtorno de ansiedade social (medo ou ansiedade acentuados em situações sociais); transtorno de pânico (sensação intensa de ansiedade, desespero); agorafobia (medo de ficar sozinho em lugares públicos ou específicos); transtorno de ansiedade generalizada (sintomas de ansiedade de frequência constante); transtorno de estresse pós-traumático (recordações repetitivas de situações de trauma), transtorno obsessivo-compulsivo (pensamentos e atitudes repetidas) (APA, 2015; FERNANDES *et al.*, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Em relação à ansiedade, especificamente, deve-se prezar pela identificação precoce de fatores de suscetibilidade, diagnóstico e acompanhamento terapêutico. Para evitar extensão ainda maior desse fenômeno, é necessário que os profissionais de saúde estejam atentos à saúde mental da população e intensifiquem, além do rastreio, o tratamento e monitorização dos usuários destes serviços (METZLER; MAHONEY; FREEDY, 2016).

Atenção especial deve ser dada à relação entre ansiedade e outros agravos, como o comportamento suicida. Os transtornos de ansiedade geralmente não são percebidos como fator de risco isolado para esta violência autoprovocada, entretanto, sua associação deve ser considerada. Desse modo, a atenção aos indivíduos ansiosos deve ser reforçada e sensível o suficiente na identificação e

prevenção desse comportamento, sob o intuito de diminuir o risco de ideação, tentativa ou, até mesmo, do ato suicida (BENTLEY *et al.*, 2016).

2.2 Comportamento suicidário: conceito e epidemiologia

O comportamento suicidário tem se apresentado como fenômeno de grande repercussão mundial (BILSEN, 2018). De acordo com a OMS, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, estimativa que o coloca entre as 20 principais causas de morte no mundo, ultrapassando o índice de óbitos por patologias como malária e câncer de mama (WHO, 2019). Acredita-se, ainda, que o número de casos esteja subestimado por conta da subnotificação e inexistência de registros em alguns países da África e do Oriente médio, assim como pelo tabu que é suscitado por esta temática (FERREIRA JÚNIOR, 2015).

O Brasil é o oitavo país no ranking em número absoluto de suicídios, com aproximadamente 12.000 mortes por ano, quase 32 óbitos por dia. Entre 2004 e 2014, constatou-se maior concentração do ato suicida entre pessoas com idade de 20 a 49 anos, assim como um número crescente desse fenômeno em idosos, com aumento de 47% naqueles com 60 a 69 anos de idade (WHO, 2014; MARTINS; FERNANDES, 2016; LINHARES *et al.*, 2019).

A problemática do suicídio tem etiologia multifatorial e pode ser influenciada por fatores biológicos, socioambientais e psicológicos (ZALSMAN, 2019). O comportamento suicidário perpassa pelos pensamentos em acabar com a própria vida (ideação suicida), planejamento para este ato, tentativa de suicídio e morte autoinfligida (WHO, 2014).

Boletim divulgado pelo Ministério da Saúde sobre o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio entre 2011 e 2016 salientou que as mulheres são tentadoras do ato suicidário em maior proporção, mas os homens, disparadamente, efetivam a morte autoprovocada. Quanto aos meios utilizados, destacam-se enforcamento e intoxicação exógena para ambos os gêneros (BRASIL, 2017a).

Por ser objeto de estudo importante em diversos eixos, alguns sociólogos resolveram ampliar a discussão acerca do suicídio, e, de uma forma mais aprofundada, buscaram explicar o fenômeno resultante na autorresponsabilidade pela morte. Delinear essa temática no século XIX, como proposto por Émile

Durkheim, foi um marco importante para se ampliar os olhares acerca deste assunto de difícil compreensão (CONDORELLI, 2016).

Sob a ótica de Durkheim, na obra “O Suicídio”, observa-se que é a constituição moral da sociedade que determina as eventuais mortes autoprovocadas. O estudioso afirma que para cada sociedade há uma força coletiva de determinada energia, que influencia as pessoas a tirarem a própria vida. Sua reflexão dá ênfase à macroestrutura social na qual o suicídio está inserido (DURKHEIM, 2000).

Na percepção de Durkheim, os aspectos sociais, como estrutura familiar, renda, educação, laços comunitários e amigos, têm forte impacto sobre o comportamento suicida. A relação entre essas variáveis se faz tanto para ocorrência quanto para evitar o episódio suicidário, visto que o autor considera a convivência entre religião, família e sociedade como maior proteção contra o suicídio (DURKHEIM, 2003).

Após Durkheim, a suicidologia passou a avançar e mais análises sociológicas sobre o fenômeno retratado foram produzidas por diversos autores, abordando-o como evento de extrema complexidade e multicausalidade (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS, 2019).

Para Shneidman (2001), o suicídio está atrelado às necessidades psicológicas do ser, sendo o comportamento suicidário resultado de um máximo de dor, perturbação e pressão, que reflete no modo de viver. Já na abordagem de Joiner (2005), o desejo de morrer está imbricado a três constructos: sentimento de não pertença, sensação de fardo no âmbito de convívio e ausência de medo de morrer.

Na contextualização de Forsell, Jorm e Winblad (1997), destaca-se o vínculo entre as diversas etapas do comportamento suicida e sintomas depressivos, e entre a ideação suicida e eventuais dependências do indivíduo, como problemas visuais ou uso de drogas.

Para a OMS, os principais fatores de risco para o suicídio são: vulnerabilidade associada à presença de transtorno mental, problemas decorrentes do uso de bebida alcoólica, tentativa anterior de suicídio, aspectos culturais e sociais. Acredita-se, também, que esses elementos não culminam para o suicídio isoladamente, mas a interação entre eles é que desencadeia propensão ao comportamento suicidário (WHO, 2014).

Atualmente, as pessoas estão interligadas à múltiplas situações que favorecem os pensamentos e atitude suicida (PEREIRA *et al.*, 2018). Assim, se faz evidente a necessidade de atenção dos diversos profissionais da área da saúde para a temática, e, com isso, possibilidade de minimizar os riscos e evitar esta violência autoprovocada (ROTHES; HENRIQUES, 2018).

Uma série de programas e intervenções com a finalidade de prevenção do fenômeno suicida vêm sendo propostos. Essas ações englobam a melhoria da qualidade de vida dos grupos mais afetados e eliminação do estigma relacionado à temática. O desafio dessas estratégias está na identificação de pessoas em estado de vulnerabilidade, verificação das circunstâncias que influenciam seu comportamento suicida e estruturação de intervenções resolutivas (CONTE *et al.*, 2012).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde apresentou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, a fim de diminuir as tentativas, mortes e impacto familiar, causados por esta autoagressão. Ainda no referido ano, foi lançado o Manual de Prevenção do Suicídio para Profissionais das Equipes de Saúde Mental, com intuito de capacitar os profissionais para detecção precoce de condições associadas à adversidade e executar ações preventivas (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Por meio da Portaria nº 1.271/2014, que estabelece a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, as tentativas de suicídio e os casos de óbito autoprovocado tornaram-se agravos de notificação compulsória imediata no Brasil. Tal feito aponta a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção à saúde para intervenção e manejo da problemática (BRASIL, 2014).

Desde 2015, o Ministério da Saúde instituiu parceria o Centro de Valorização da Vida (CVV), órgão que fornece apoio emocional para prevenção do suicídio por meio de contato telefônico. Em 2017, foi estabelecido acordo que garante a gratuidade dessas ligações telefônicas no território brasileiro (BRASIL, 2019a).

O indivíduo com comportamento suicida deve receber atenção interdisciplinar, que englobe, além dos seus quesitos fisiopatológicos, as questões socioculturais e existenciais. Para isso, é relevante que os profissionais tenham conhecimento sobre os mecanismos de atuação de fatores de risco no enfrentamento dessa problemática (MARCOLAN, 2018).

A decisão de tirar a própria vida, em alguns casos, não é um processo rápido. Frequentemente, sinais relacionados à ideação suicida são manifestados com antecedência. Nota-se, ainda, a elevada probabilidade de surgirem tentativas de suicídio após uma experiência prévia sem sucesso, até que se alcance o óbito (BEGHI *et al.*, 2013). Frente a essas informações, reitera-se a ideia já exposta, da importância de rastreio precoce e execução de ações em tempo hábil para evitar a antecipação do fim da vida (ANDERSON; MITCHELL; BRODATY, 2017).

Nessa perspectiva, a Atenção Básica (AB) e, em especial, o enfermeiro, desempenham função privilegiada para identificação dos riscos e vulnerabilidades às quais a população atendida está exposta. Fatores associados ao comportamento suicida devem ser potencialmente rastreados, monitorados e tratados nesse cenário. É importante que os profissionais tenham competência para entender seu papel nesse processo e estejam preparados para atuar de modo adequado (SOUSA *et al.*, 2019).

2.3 Políticas públicas de enfrentamento à saúde mental no Brasil

A crescente demanda em saúde mental apresentada pela população mundial ainda é questão desafiadora às Políticas que contemplem este eixo nos sistemas de saúde pública (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017). No Brasil, o Movimento de Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, ocorridos nas décadas de 70 e 80, trouxeram maior visibilidade a essa problemática, desenvolvimento de marcos legislativos e modificação nas políticas para enfrentamento aos agravos em saúde mental no país (MACEDO *et al.*, 2017).

O tratamento dispensado aos indivíduos com transtornos mentais no contexto brasileiro, até final dos anos 1970, era basicamente realizado em manicômios. Tal processo envolvia atenção desumana, abandono familiar, repreensão física, uso de psicofármacos e maus-tratos (PITTA, 2011).

Durante esse período, o Ministério da Saúde, as secretárias de Estado e o Ministério de Previdência Social investiam recursos à compra de leitos em instituições psiquiátricas. Dessa forma, a assistência à saúde mental contemplava um paradoxo: o modelo manicomial como método violento e improdutivo, e, em oposição, aquisição crescente e desordenada de leitos psiquiátricos, públicos e privados (GIMBO; DIMESTEIN; LEITE, 2019).

O desejo de mudanças nesta forma de tratar por parte da sociedade iniciou um processo de luta em defesa das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, se fez a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com vista à ruptura do modelo manicomial e a construção de um novo paradigma político, científico e ético para o cuidado em saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

Esta Reforma é marco indiscutível para fundamentação da Política Nacional de Saúde Mental. Sua consolidação não se restringiu apenas à construção de uma sociedade sem manicômios, mas promoveu transformações, reflexões e ampliação dos espaços de cuidado. A práxis voltada para desinstitucionalização e ressocialização dos indivíduos, promoveu, especialmente, a cidadania da pessoa em sofrimento mental (MAFTUM *et al.*, 2017, ALVES *et al.*, 2020).

Sob uma perspectiva de remodelação do papel do Estado na saúde, a Constituição Federal de 1988 estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na universalização, integralidade, descentralização e participação popular, fato que representou avanço inestimável às questões de saúde pública. Um ano depois, o deputado Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei nº 3.657/89, que propõe a extinção progressiva das instituições manicomiais e sua substituição por outros modelos de assistência à saúde mental. Desse feito, é instigado um novo olhar sobre a problemática envolta aos transtornos mentais (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Em 1991, o Ministério da Saúde viabiliza a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, órgão inédito no Brasil, que representaria politicamente este setor. Os anos subsequentes foram marcados pela ampliação de discussões e criação de Portarias para regulamentação dos cuidados mentais. Como exemplo, apresenta-se a Portaria nº 224, de 1992, que retrata da organização e priorização de atendimento nos denominados Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como da oferta de terapias grupais e visitas domiciliares. Em busca, assim, da consolidação de uma assistência de base comunitária (BORGES; BAPTISTA, 2008).

A criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), por meio da Portaria nº 106, do ano 2000, representa mais um dispositivo a fortalecer o cuidado no território. Substitutivo ao modelo institucional, os SRT marcam o favorecimento da reabilitação psicossocial dos indivíduos que, após internação psiquiátrica, precisam restabelecer seu vínculo com a sociedade (BRASIL, 2004).

No ano seguinte, foi sancionada a Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo de cuidado psiquiátrico. Esse documento teve como base o Projeto do deputado Paulo Delgado e oferece suporte aos direitos e à proteção das pessoas acometidas por transtorno mental. Além disso, prevê punição para internações desnecessárias (BRASIL, 2004). Também reconhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, é considerada uma conquista social, fruto das lutas por uma assistência psiquiátrica digna e humanizada (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

A partir de então, o aparato político fortaleceu os eixos assistenciais, que passaram a ser remodelados, de modo a preconizar ainda mais o caráter comunitário e a reinserção social das pessoas com agravo mental. Nessa perspectiva, em 2002 foi promulgada a Portaria nº 336, que retrata diretrizes para funcionamento dos CAPS, bem como da articulação da rede de cuidados psicossociais (BRASIL, 2004).

O CAPS é caracterizado por serviço de saúde comunitário e multidisciplinar. Dispõe de atendimento a pacientes com transtornos mentais em unidade estabelecida no território. Esse serviço buscar acolher o público, integrá-lo aos leitos familiar e social, num acompanhamento contínuo de busca à autonomia. Variam de acordo com o tipo, complexidade e público-alvo, determinados pela quantidade de habitantes do município (BRASIL, 2011).

Nessa linha de cuidado, é fundamental a integração entre dispositivos da AB e CAPS. A UBS é, muitas vezes, serviço onde se dá a primeira oportunidade para identificar problemáticas que afetam indivíduo ou família, uma vez que está inserida na comunidade, estabelece proximidade e vínculo entre equipe de saúde e usuários (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Estudo de Miliauskas *et al.* (2019) condiz que a associação AB e CAPS na oferta de cuidado tem impacto na redução de índices de internação psiquiátrica. Esse dado fortalece a integração desses dispositivos, prevista nas políticas que abrangem a saúde mental e defendida pelo movimento de Reforma Psiquiátrica (MILIAUSKAS *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que durante esse percurso de formulação e reorganização das políticas de saúde mental, o comportamento suicida postulou visibilidade. Observada sua importância epidemiológica, grave impacto na saúde pública e aumento do índice dessa problemática entre jovens, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 2.542 de 2005, o Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e

implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Este documento reconheceu a necessidade de organização de uma rede de cuidados em saúde sensível ao fenômeno, prevendo a redução de agravos por ele causados e atendimento especializado (BRASIL, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou o manual “Prevenção do Suicídio”, dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006). No ano de 2017, o mesmo órgão divulgou a Agenda de Ações Estratégicas visando à vigilância e à prevenção do suicídio no Brasil, com vista à ampliação do acesso à atenção psicossocial, capacitação do pessoal de saúde, fomento a pesquisas epidemiológicas, de custo-efetividade, eficácia e qualidade relacionadas à prevenção do suicídio (BRASIL, 2017b).

Conforme recomendações da OMS, ações de identificação e monitoramento do risco de comportamento suicida são consideradas relevantes na APS. Porém, há dificuldade de atuação dos profissionais de saúde nesses casos (WHO, 2014). Para Marcolan (2018), no Brasil ainda são incipientes as práticas e programas de aparato à pessoa com comportamento suicida, algo que tem implicado até mesmo na subnotificação de casos e produção de índices estatísticos inferiores àqueles existentes.

A literatura revela que a capacitação de profissionais deve ser estratégia prioritária das políticas de saúde mental para a oferta desse cuidado no território (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019). Frente às demandas e necessidades psíquicas na comunidade, estabeleceu-se o Apoio Matricial na AB. Dentre os objetivos do Apoio Matricial, tem-se o suporte técnico às ações em saúde mental, aumento de sua resolubilidade, e a formação de relação horizontal entre assistência generalista e especializada (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Desde 2003, o Ministério da Saúde tem estabelecido o Apoio Matricial como orientador para ações de saúde mental na APS (BRASIL, 2003), contudo, o incentivo financeiro é instituído apenas em 2008, por meio da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Sob o panorama dos cuidados primários, alicerçado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2006) e no fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Portaria nº 154 de 2008, estabelece a criação dos NASF, com objetivo de ampliar a atuação da AB. Dentre as ações desenvolvidas, também são preconizadas

aquelas relativas às questões psíquicas, integradas à rede de atenção em saúde mental disponível (BRASIL, 2008).

Em sua formação, o NASF engloba equipe de profissionais de diversas áreas do conhecimento e contém pelo menos um profissional de saúde mental, característica favorecedora para atuação da ESF neste campo (BRASIL, 2008). Além disso, a multidisciplinaridade ofertada pelo NASF envolve a realização de atividades físicas, terapias complementares e práticas integrativas, fatores que impactam positivamente na prevenção e promoção da saúde mental (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

A construção de trabalho entre a ESF e NASF se dá por meio de ações compartilhadas entre estas equipes, quem compreendem estratégias como a Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Projeto Saúde no Território, Pactuação de Apoio, entretanto, o Apoio Matricial ainda ocupa posição de destaque, sendo a principal ferramenta utilizada nesta interação (BRASIL, 2010).

Após desenvolvimento de todos os dispositivos supracitados, em 2011 estabeleceu-se oficialmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, com finalidade de ampliar e demonstrar os pontos de articulação para cuidado em saúde mental (BRASIL, 2011).

Os componentes originais da RAPS compreendem: atenção básica em saúde (UBS, equipes de AB para populações em situações específicas, NASF e Centro De Convivência); atenção psicossocial especializada (todas as modalidades de CAPS); atenção de urgência e emergência (Unidade de Pronto Atendimento, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); atenção residencial de caráter transitório (Unidades de Acolhimento e Comunidade Terapêutica); atenção hospitalar (leitos, enfermaria especializada); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos e Programa de Volta pra Casa); e Reabilitação Psicossocial (Cooperativas) (BRASIL, 2011).

A implantação da RAPS representa importante avanço, uma vez que reafirma a substituição do modelo hospitalocêntrico por dispositivos de cuidado em saúde mental no território. Essas redes de atenção asseguram cuidado em todos os níveis de saúde, o que conduz para a efetividade da assistência à essa população (NÓBREGA; MANTOVANI; DOMINGOS, 2020).

No ano de 2017, a Portaria nº 3.588 acrescentou à RAPS o Hospital Psiquiátrico, Hospital dia e Unidades Ambulatoriais Especializadas (BRASIL, 2017c).

Esse documento foi alvo de críticas, pois sugere potencial incentivo à hospitalização, mesmo com o reconhecimento do déficit do cuidado neste modelo. Estudiosos apontam essa proposta como desvantagem à desinstitucionalização no Brasil e retrocesso da Reforma Psiquiátrica (LIMA; SOUZA; SILVA, 2020).

Nota Técnica nº 11, elaborada pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no ano de 2019, dispõe sobre mais alterações na assistência à pessoa em sofrimento mental. Dentre os pontos abordados, reforça a adoção de recursos terapêuticos de boa evidência, e cita a Eletroconvulsoterapia. Com isso, passa a financiar a compra de equipamento para realização desse método (BRASIL, 2019b).

Outro momento de destaque negativo foi proporcionado pela publicação da Nota Técnica nº 03, de 2020, que retratou de novo modelo de financiamento da APS, com revogação do custeio do NASF (BRASIL, 2020a). Entretanto, pouco tempo depois a Portaria nº 99/2020 retorna inserção do NASF na APS, com redefinição da logística desses núcleos e do órgão de responsabilidade, agora a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020b).

Nota-se, assim, ainda dificuldade em afixar qualificação aos serviços de base comunitária conforme os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É necessário favorecer a atuação profissional, otimizar estratégias de enfrentamento, ampliar o escopo teórico e observar pontos que tem efeito sobre a qualidade da assistência dispensada à saúde mental brasileira. Desse modo, deve-se refletir sobre os processos de trabalho e sua equivalência à complexidade da gestão e do cuidado que é requerida pela RAPS (EMERICH; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

O processo de implementação de políticas de saúde mental no Brasil desencadeou uma série de transformações no modo de cuidar e assistir a essa clientela, com melhorias substanciais pautadas na vertente biopsicossocial. Apesar de todos os avanços, alguns desafios ainda podem ser pontuados, como capacitação de recursos humanos e assistência às necessidades sociais pautada em conhecimento científico robusto e atualizadas (ALMEIDA, 2019).

Ademais, as autoridades em saúde pública e saúde mental devem concentrar esforços para a construção de políticas que deem continuidade aos progressos já obtidos, baseados na Lei da Reforma Psiquiátrica e em diretrizes de organizações com expertise na área.

2.4 O cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde

Os problemas de saúde mental representam uma das principais causas da carga mundial de doenças. Dentre os principais causadores de incapacidade, são apontados a depressão, ansiedade e uso de substâncias psicoativas (GBD, 2015). Mais de um bilhão de pessoas foram afetadas por transtornos mentais ou decorrentes do uso de substâncias no ano de 2016, constituindo cerca de 16% da população global (GBD, 2016; REHM; SHIELD, 2019), dado que manifesta impacto elevado sobre a saúde coletiva (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016).

Pesquisadores atribuem ao cenário problemático da saúde mental a falta de investimentos e recursos, o estigma associado aos transtornos psíquicos e a subutilização de serviços de saúde (THYLOTH; SINGH; SUBRAMANIAN, 2016). Contudo, legislações em saúde mental garantem às pessoas acometidas por esses transtornos receber tratamento de qualidade, por meio de serviços de saúde comunitários, responsivos e sem qualquer estigma (AYANO, 2018).

No Brasil, a fundamentação da assistência à saúde mental na APS é estratégia preconizada pelas políticas públicas desde a década de 1990 (BRASIL, 2013). Dados do Ministério da Saúde revelam que as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento neste setor pela população (BRASIL, 2010).

Os serviços de saúde mental de base comunitária têm gerado discussões entre profissionais de saúde, gestores e autoridades em saúde pública desde sua expansão. O cuidado às pessoas com condições psiquiátricas solidificado na AB é fundamental para a construção de processos eficazes e resolutivos, de modo a reduzir os impactos negativos desses transtornos e gerar possibilidades para a atenção psicossocial resolutiva (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

No ano de 2013, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental, com finalidade de ampliar os saberes e práticas dos profissionais de saúde nessa vertente. Este documento apresenta ferramentas, estratégias e modalidades de intervenções terapêuticas, que devem ser exploradas especialmente pelas equipes ESF e NASF (BRASIL, 2013).

Ainda assim, muitas dificuldades são encontradas para a expansão desses serviços no cenário brasileiro. Destaque deve ser dado à necessidade de qualificação dos profissionais da AB para as demandas mentais, desapego ao

modelo medicalizante, fortalecimento do trabalho em equipe e no território (FERNANDES; MATSURIKA; LOURENÇO, 2018).

Pesquisa desenvolvida por Silva *et al.* (2019) buscou a percepção de enfermeiros da AB sobre desafios para o acolhimento em saúde mental nestes serviços. Como resultados, apontaram-se: problemas de cunho social dos pacientes e família, que resultam em resistência ao tratamento; ausência de grupos terapêuticos voltados a este público; dificuldade na referência e contrarreferência com os demais serviços da RAPS; carência de apoio matricial; ausência de fluxograma ou protocolo municipal de saúde mental; e a dificuldade nas marcações de consultas com psicólogos e psiquiatras (SILVA *et al.*, 2019).

No que diz respeito ao NASF, a literatura aponta fragilidades que percutem na qualidade do cuidado e revelam um apoio matricial ainda necessitado de suporte técnico-pedagógico. Outras demandas essenciais são educação permanente em saúde e apoio institucional para desenvolvimento de meios terapêuticos que integrem profissionais e comunidade (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Estudo de Campos, Bezerra e Jorge (2018) aponta que o acolhimento e o processo matricial são as principais tecnologias de cuidado em saúde mental exercidas pela APS. Contudo, o fortalecimento e ampliação desses recursos tecnológicos ainda se fazem necessários para a construção de uma assistência longitudinal e holística (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

Em contrapartida, revisão sistemática identificou aspectos facilitadores para a integração de serviços de saúde mental na APS em diversos países, sendo alguns destes: conhecimento profissional dos sintomas de transtornos mentais; treinamento prévio em saúde mental; reconhecimento da magnitude do problema e da importância dos cuidados; crença de que o tratamento de morbidades mentais na comunidade integraria melhor os pacientes à qualidade de vida; colaboração em equipe; e conexão entre serviços de APS e saúde mental (WAKIDA *et al.*, 2018).

Além do fácil acesso, as vantagens desse cuidado no âmbito comunitário repercutem em resultados positivos que envolvem aceitabilidade, redução do estigma social e do abuso de direitos humanos, prevenção da cronicidade dos distúrbios, detecção e manejo de comorbidades físicas associadas (AYANO, 2018).

Nesse panorama, profissionais da APS ocupam espaço privilegiado, e o enfermeiro, neste serviço, deve estar apto para acolhimento de indivíduos com desordens mentais. Para tanto, deve-se avaliar as questões psíquicas como

indissociáveis de qualquer contexto, estimar as demandas da comunidade e integrar sujeito, família e comunidade à RAPS (NUNES *et al.*, 2020).

Pesquisa com objetivo de descrever a magnitude da ocorrência de registro de distúrbios mentais na AB em municípios brasileiros verificou que esse registro foi mais frequente nas regiões Sudeste e Sul, em municípios com população maior que 200 mil habitantes, com cobertura pela AB superior a 75% e que dispunham de CAPS. Os dados também sugeriram que a articulação entre APS e saúde mental no Brasil é desigual e possivelmente condicionada por incentivos locais para sua execução (SOUZA, 2016).

Estudo realizado com 754 pacientes da ESF do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, observou que 51,1% da amostra possuía um ou mais transtornos psiquiátricos. Os diagnósticos mais comuns foram transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada e distímia (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). No Estado de Minas Gerais, Brasil, de 297 adultos atendidos pela ESF investigados, 23,2% apresentou transtorno mental comum (SOUZA *et al.*, 2017a). Com esses dados, nota-se a importância do rastreamento de condições psiquiátricas no contexto da AB.

Dentre as problemáticas comuns de saúde mental na APS estão os transtornos de ansiedade. Pacientes com distúrbios ansiosos tendem a buscar auxílio neste cenário, em detrimento aos serviços especializados. Os sintomas de ansiedade são corriqueiros em pacientes nos serviços de saúde primários, no entanto, podem ser despercebidos pelos profissionais, ou subdiagnosticados (COMBS; MARKMAN, 2014).

Pesquisa desenvolvida com 1.466 indivíduos atendidos pela ESF dos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil, apontou que 36,9% dos participantes apresentaram ansiedade, 25,1% depressão e 18,4% dos respondentes tinham ansiedade e depressão concomitante (ARAGÃO *et al.*, 2018).

Outra adversidade passível de identificação na AB é o comportamento suicidário. De acordo com Hauge *et al.* (2018), elevada quantidade de indivíduos com este comportamento consulta os cuidados primários de saúde em período antecedente ao ato suicida. Da amostra pesquisada, 21,4% dos homens e 32,5% das mulheres vítimas de suicídio tiveram consulta médica na APS no mês anterior ao atentado contra a própria vida (HAUGE *et al.*, 2018).

Estudo realizado com enfermeiros da AB do município de Teresina, Piauí, Brasil, verificou que ainda há dificuldade, por parte dos profissionais que compuseram a amostra, de desenvolvimento de ações consistentes direcionadas ao comportamento suicida. Dentre as justificativas para essa dificuldade, foram apontados o déficit na habilidade para enfrentamento da problemática e a falta de treinamento e capacitação sobre o tema (SILVA *et al.*, 2017).

São indiscutíveis os esforços já empregados para o fortalecimento dos cuidados em saúde mental no contexto da APS, mas esse cenário ainda carece de logística e capacitação. Tendo em vista todas as vantagens biopsicossociais da assistência mental fornecida pela AB, avanços são necessários para que atenção segura e qualificada aos indivíduos em sofrimento mental seja realidade constante (GARCIA *et al.*, 2020).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico e transversal, realizado com dados oriundos do macroprojeto desenvolvido pelo Grupo de Estudos sobre Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM), intitulado “Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI”.

O macroprojeto foi desenvolvido com recursos de Bolsa Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), período 2017-2020, autorizado pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina-Piauí (ANEXO B), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, sob o parecer nº 2.404.139 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

3.2 Local do estudo

O local do estudo é o município de Teresina, Piauí, composto por 850.198 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). É considerado a 17ª maior capital de estado do país e 7ª capital mais populosa e rica da região Nordeste (IBGE, 2017). Possui 91 UBS e 266 equipes de Saúde da Família (eSF) da ESF, e conta também com 3 NASF (sul, norte e leste), que dão suporte à 11 UBS (Nossa Senhora da Paz, Monte Castelo, Portal da Alegria, Poty Velho, Parque Wall Ferraz, Bela Vista, Jacinta Andrade, Planalto Uruguai, Santa Luz, Santa Isabel e Cacimba Velha) (FMS, 2017).

Participaram do estudo 11 UBS, situadas em Teresina – Piauí, que tem como modelo de atenção a ESF. As UBS pesquisadas possuem total de 26 equipes e são matriciadas por três equipes do NASF.

3.3 População e amostra

A população fonte foi composta por adultos, com idade entre 20 e 59 anos, cadastrados no sistema da informação e-SUS das eSF e assistidos em UBS que possuem apoio matricial pelo NASF, em Teresina-Piauí. Essa população é representada por 14.062 habitantes (FMS, 2017).

Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula proposta por Gil (2019), para pesquisas sociais em populações finitas (menor que 100.000), demonstrada pela seguinte equação:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N - 1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

De acordo com Gil (2019), na equação, “*n*” representa o tamanho da amostra; “ σ^2 ” significa o nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios-padrão; “*p*” é a percentagem com a qual o fenômeno se verifica; “*q*” é a percentagem complementar; “*N*” simula o tamanho da população; e “*e*²” significa o erro máximo permitido (GIL, 2019).

Para cálculo da amostra, utilizou-se a prevalência presumida de ansiedade entre a população adulta, que representa 9,3%, de acordo com a OMS (WHO, 2017). O nível de confiança adotado foi de 95% e erro máximo de 3%. Obteve-se, assim, amostra mínima de 352 indivíduos. Em busca de suprir perdas e/ou desistências, acrescentou-se 11% do total da amostra, resultando em 391 participantes.

Após calcular a amostra, foi realizada estratificação por UBS, a fim de verificar a quantidade de indivíduos por local de coleta. Para esse resultado, foi utilizada a técnica de amostragem estratificada proporcional, que mantém na amostra a proporcionalidade do tamanho de cada subgrupo da população. Este método permite assegurar representatividade em relação às propriedades adotadas como critérios para estratificação (GIL, 2019). A população e distribuição final da amostra estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição das eSF do município de Teresina e sua respectiva população adulta cadastrada na ESF, segundo a territorialização dos NASF. Teresina, Piauí, Brasil. 2020.

NASF	UBS	eSF	População: 20 a 59 anos cadastrados no e-SUS	Amostra por UBS
NASF Sul	Nossa Senhora da Paz	43	912	48
		205	825	
	Monte Castelo	122	294	34
		123	600	
		124	314	
	Portal da Alegria	213	237	26
217		527		
70		179		
NASF Norte	Poty Velho	188	1295	90
		189	808	
		237	1146	
	Parque Wall Ferraz	8	88	6
		41	105	
		231	2	
Bela Vista	64	589	16	
Jacinta Andrade	201	769	52	
	202	1102		
NASF Leste/ Sudeste	Planalto Uruguai	10	281	16
		104	70	
		105	167	
		111	55	
	Santa Luz	29	271	17
		306	350	
	Santa Isabel	45	935	26
	Cacimba Velha	65	784	60
276		1357		

Fonte: Dados da Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI, 2018.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão adotados para participação no estudo foram: usuários cadastrados nas UBS, na faixa etária de 20 a 59 anos, que estivessem no local para algum tipo de serviço de assistência à saúde. Os critérios de exclusão foram: indivíduos que apresentassem dificuldade para comunicação observada pelo entrevistador, como problemas auditivos ou de linguagem, que impossibilitassem a compreensão e resposta aos questionamentos.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período entre abril e julho de 2019. A caracterização sociodemográfica e econômica, de condições de saúde e hábitos de vida foram coletadas por meio de questionário estruturado e multidimensional, elaborado para o estudo (APÊNDICE B).

O levantamento dos níveis de ansiedade foi verificado por meio do Inventário de Ansiedade de Beck (ANEXO C). Quanto ao risco de suicídio, foi avaliado pelo *Nurses Global Assessment of Suicide Risk* (ANEXO D).

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

3.5.1.1 Inventário de Ansiedade de Beck

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) consiste em uma escala para mensurar a intensidade da ansiedade. Possui 21 questões que abordam sintomas somáticos, cognitivos e afetivos, autorrelatados pelo entrevistado (BECK *et al.*, 1988).

O BAI foi traduzido e validado no Brasil no ano de 2001. Sua versão adaptada ao contexto brasileiro apresentou resultados confiáveis em estudos com pacientes psiquiátricos e população em geral. Os critérios englobados por esse instrumento são considerados válidos e fidedignos para rastreamento da ansiedade, diferenciando-a da depressão (CUNHA, 2001).

Todos os itens devem ser respondidos conforme a última semana do indivíduo e são mensurados por uma escala do tipo Likert. Para cada questionamento, o entrevistado pode escolher: 1 (não), 2 (levemente: não incomodou muito), 3 (moderadamente: foi muito desagradável mas pode suportar) e 4 (gravemente: dificilmente pode suportar) (BECK; STEER, 1993; CUNHA, 2001).

As questões investigadas pelo instrumento são: dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapaz de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoado ou tonto, palpitação ou aceleração do coração, sem equilíbrio, aterrorizado, nervoso, sensação de sufocação, tremores nas mãos, trêmulo, medo de perder o controle, dificuldade de respirar, medo de morrer, assustado, indigestão

ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado (rubor facial) e suor (não devido ao calor) (BECK; STEER, 1993).

A classificação dos níveis de ansiedade é realizada por meio da pontuação total do BAI. Cada item possui escore que varia de 0 (não) a 3 (gravemente), e o somatório final pode apresentar total de 0 a 63. Conforme esse resultado, os níveis de ansiedade podem ser classificados conforme descrito no Quadro 2 (CUNHA, 2001).

Quadro 2 - Classificação dos níveis de ansiedade por meio do BAI, conforme somatório da pontuação final. Teresina, Piauí, Brasil. 2020.

CLASSIFICAÇÃO/NÍVEL	ESCORE
Mínimo	0 a 10 pontos
Leve	11 a 19 pontos
Moderado	20 a 30 pontos
Grave	31 a 63 pontos

Fonte: Autoria própria.

Cabe mencionar que os escores do BAI de todos os participantes desta pesquisa foram validados por profissional psicólogo do NASF de referência.

3.5.1.2 Nurses Global Assessment of Suicide Risk

O *Nurses Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR) é um instrumento para avaliação do comportamento suicida por enfermeiros, desenvolvido por Cutcliffe e Barker (2004) em uma Unidade de Saúde Mental no Reino Unido. O NGASR é um índice de pontuação simples, possui 15 itens que abordam variáveis preditivas para o suicídio e fornece um modelo útil para avaliação do risco dessa violência autoprovocada para o profissional de enfermagem (CUTCLIFFE; BARKER, 2004).

Destaca-se que em estudo de Veloso (2020), foi realizada adaptação transcultural e validação do índice NGASR para a população brasileira. Constatou-se que é um instrumento confiável, responsivo e válido em termos de critério e construto, para rastreamento do risco de suicídio na população adulta atendida nos serviços de atenção primária à saúde no Brasil.

Após processo de adaptação e validação para população brasileira, o instrumento foi estruturado em 15 itens, sendo estes: presença de desesperança, por exemplo, perda de esperança no futuro, perda de sentido da vida, falta de perspectivas atuais; acontecimento estressante recente, por exemplo, perda do emprego, dificuldades socioeconômicas, ação judicial pendente, acidentes; história de psicose (presença de vozes/crenças persecutórias); presença de sintomas depressivos (tristeza/ perda de interesse ou perda de prazer em realizar atividades diárias); presença de comportamentos de isolamento social; aviso de intenção suicida/ideação suicida; presença de plano de suicídio; presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio; presença de sofrimento por morte de ente querido (processo de luto recente) ou fim de relacionamento; história de violências interpessoais (física, psicológica, sexual); viúvo/viúva ou viver sozinho; tentativa anterior de suicídio; história de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais/religiosas); história pessoal de uso/ abuso de álcool e/ou outras drogas; presença de doença terminal ou incapacitante (VELOSO, 2020).

Cada uma das variáveis supracitadas recebe uma pontuação, baseada na maior probabilidade de levar ao suicídio. Dessa forma, quatro itens recebem pontuação 3 (presença de desesperança, presença de sintomas depressivos, presença de plano de suicídio, e tentativa anterior de suicídio), um item recebe pontuação 2 (aviso de intenção/ideação suicida), e os demais recebem uma pontuação 1 (VELOSO, 2020).

A classificação para o risco de suicídio é avaliada por meio do somatório dos itens, ou seja, escore final do instrumento. Com esse resultado, o risco pode ser classificado conforme descrito no Quadro 3 (CUTCLIFFE; BARKER, 2004).

Quadro 3 - Classificação do risco de suicídio por meio do NGASR, conforme somatório da pontuação final. Teresina, Piauí, Brasil. 2020.

CLASSIFICAÇÃO/RISCO	PONTUAÇÃO
Baixo	0 a 5 pontos
Intermediário	6 a 8 pontos
Elevado	9 a 11 pontos
Muito elevado	12 ou mais pontos

Fonte: Autoria própria.

Todos os participantes desta pesquisa que apresentaram risco intermediário, elevado ou muito elevado foram encaminhados ao atendimento psicológico, médico ou de enfermagem (conforme disponibilidade no momento) imediatamente após a entrevista.

3.6 Variáveis do estudo

As variáveis de caracterização sociodemográfica e econômica foram: sexo (feminino/masculino); idade (em anos completos); faixa etária (adulto jovem ou adulto maduro) (VILLANUEVA, 1987); estado civil (com companheiro, em convívio no mesmo lar; com companheiro - sem convívio; sem companheiro, com casamento anterior; sem companheiro, sem casamento anterior); possui filhos (sim/não); cor/raça (branca, preta, amarela, parda, indígena); anos de estudo (em anos completos); renda familiar (acima 20 salários mínimos; 10 a 20 salários mínimos; 4 a 10 salários mínimos; 2 a 4 salários mínimos; até 2 salários mínimos); trabalha (sim/não); ocupação; possui religião (sim/não); prática religiosa (sim/não).

Quanto às condições de saúde, investigaram-se as seguintes variáveis: frequência que procura os serviços de saúde (não costuma procurar, 1x na semana, 1x no mês, 2 x no mês, 1x a cada 3 meses, 1x a cada 6 meses, 1x no ano); alguma doença preexistente (hipertensão, diabetes, obesidade, problema gastrointestinal, problema osteomuscular, problemas pulmonares, transtornos mentais, outra-especificar, não); quanto tempo está com esse problema de saúde (em anos); uso de medicação para tratar os referidos agravos (sim/quantas?, ou não); evento estressor recente no último ano (perda de emprego, luto, problemas financeiros, doença terminal, problemas familiares); problemas com o sono (sim ou não).

No que se refere aos hábitos de vida, foram questionados: uso de substâncias lícitas/ílicas (sim/não); histórico de tratamento psicológico/psiquiátrico (sim/não); tratamento alternativo para problemas emocionais (sim/não); prática de atividade física (sim/não); sofreu algum tipo de violência (sim-qual?/não); sofreu algum tipo de discriminação (sim-qual?/não).

As variáveis relacionadas à ansiedade estão incluídas no BAI, e aquelas referentes ao risco de suicídio encontram-se no NGASR, ambas já descritas. A classificação do risco de suicídio foi definida como a variável dependente (preditiva

ou resposta) do presente estudo. Já as variáveis independentes (explicativas) são os níveis de ansiedade.

3.7 Organização e análise dos dados

Os dados foram analisados a partir do banco de dados do macroprojeto já mencionado, no mês de junho de 2020. Foram incluídas as informações dos 391 participantes. Após visita ao banco de dados, as informações foram extraídas e organizadas em processo de dupla digitação em planilhas por meio do software Microsoft Office Excel.

Para análise estatística, utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. Foram realizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples, média, moda, mediana, intervalo mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão) para caracterização da amostra, prevalência dos níveis de ansiedade e padrão de risco de suicídio.

A fim de verificar o pressuposto de normalidade das variáveis numéricas contínuas, foi adotado o teste de Kolmogorov-Smirnov, e verificou-se que os dados não seguem distribuição normal. O teste exato de Fisher foi utilizado para examinar associações entre as variáveis. Para estimar a probabilidade de ocorrência do evento contido no conjunto de variáveis, foi aplicado o teste de regressão logística multinomial. A comparação entre as classificações de níveis de ansiedade em relação ao escore de risco de suicídio foi realizada por meio dos testes de Kruskal-Wallis e de Post-hoc de Dunn. Para análise de correlação entre os escores de níveis de ansiedade e risco de suicídio utilizou-se o teste de correlação de Spearman, interpretado conforme Pestana e Gageiro (2003). O nível de significância adotado para as análises foi de 0,05.

3.8 Aspectos éticos e legais

Este estudo foi submetido ao CEP da UFPI, e aprovado por meio do Parecer nº 4.088.909/2020 (ANEXO E). O estudo atendeu aos aspectos éticos contidos na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), com garantia do sigilo e anonimato de todos os participantes. O Termo de Compromisso de

Utilização de Dados (TCUD) também assegura os princípios éticos das pesquisadoras (APÊNDICE C).

4 RESULTADOS

4.1 Análise descritiva

4.1.1 Caracterização sociodemográfica e econômica

A amostra foi constituída predominantemente por mulheres (77,5%), faixa etária de 20 a 39 anos (65,7%), com média de idade de 35,77 anos (Desvio padrão=10,46), com companheiro em convívio no mesmo lar (64,2%) e filhos (82,5%). A maioria dos participantes se autodeclarou de cor parda (59,7%), tinha, em média, 10,43 anos de estudo (Desvio padrão=3,46), e renda calculada em até dois salários mínimos (83,7%), não trabalhava (52,4%), possuía religião (89,0%) e exercia prática religiosa (56,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil, 2020. (n=391)

Variáveis	n(%)	Média ± Dp
(continua)		
Sexo		
Masculino	88(22,5)	
Feminino	303(77,5)	
Faixa etária*		35,77±10,46
Adulto jovem (20 - 39 anos)	257(65,7)	
Adulto maduro (40 - 59 anos)	134(34,3)	
Estado civil		
Com companheiro, em convívio no mesmo lar	251(64,2)	
Com companheiro, sem convívio	32(8,2)	
Sem companheiro, com casamento anterior	40(10,2)	
Sem companheiro, sem casamento anterior	68(17,4)	
Filhos		
Sim	321(82,5)	
Não	68(17,5)	
Etnia		
Branca	34(8,7)	
Preta	106(27,2)	
Amarela	15(3,8)	
Parda	233(59,7)	
Indígena	2(0,5)	
Anos de estudo		10,43±3,46

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e econômica da amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil, 2020. (n=391)

Variáveis	n(%)	Média ± Dp
(conclusão)		
Renda		
Acima de 20 SM	2(0,5)	
10 a 20 SM	4(1,0)	
4 a 10 SM	18(4,7)	
2 a 4 SM	39(10,1)	
Até 2 SM	324(83,7)	
Trabalho		
Sim	186(47,6)	
Não	205(52,4)	
Religião		
Sim	348(89,0)	
Não	43(11,0)	
Prática religiosa		
Sim	221(56,8)	
Não	168(43,2)	

*VILLANUEVA (1987).

4.1.2 Levantamento das condições de saúde e hábitos de vida

De acordo com a Tabela 2, 34,8% dos participantes afirmou frequentar serviços de saúde uma vez ao mês. Entre a amostra, 33,5% conviviam com alguma morbidade, descoberta em média há 7,44 anos (Desvio padrão=7,75), e 80,2% faziam uso de medicação contínua, em média 1,84 medicamento (Desvio padrão=1,70). Além disso, 49,7% da amostra havia tido algum evento estressor no último ano e 38,7% teve problemas no sono.

Tabela 2 – Caracterização das condições de saúde da amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Variáveis	n(%)	Média ± Dp
(continua)		
Freq. serv. Saúde		
Não costuma frequentar	20(5,1)	
1x na semana	47(12,0)	
1x no mês	136(34,8)	
2x no mês	56(14,3)	
1x a cada 3 meses	51(13,0)	
1x a cada 6 meses	48(12,3)	
1x no ano	33(8,4)	
Doença		
Sim	129(33,5)	
Não	256(66,5)	
Tempo com a doença		7,44±7,75

Tabela 2 – Caracterização das condições de saúde da amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Variáveis	n(%)	Média ± Dp (conclusão)
Uso de medicação		
Sim	105(80,2)	
Não	26(19,8)	
Qtd. de medicamento		1,84±1,70
Evento estressor		
Sim	193(49,7)	
Não	195(50,3)	
Problemas no sono		
Sim	151(38,7)	
Não	239(61,3)	

Quanto aos hábitos de vida, 20,8% dos entrevistados faziam uso de substâncias psicoativas, 18,5% realizavam tratamento psicológico ou psiquiátrico, 4,1% faziam algum tratamento alternativo, 42,3% praticavam atividade física, 20,5% haviam sofrido algum tipo de violência e 16,4% afirmaram ter sofrido algum tipo de discriminação (Tabela 3).

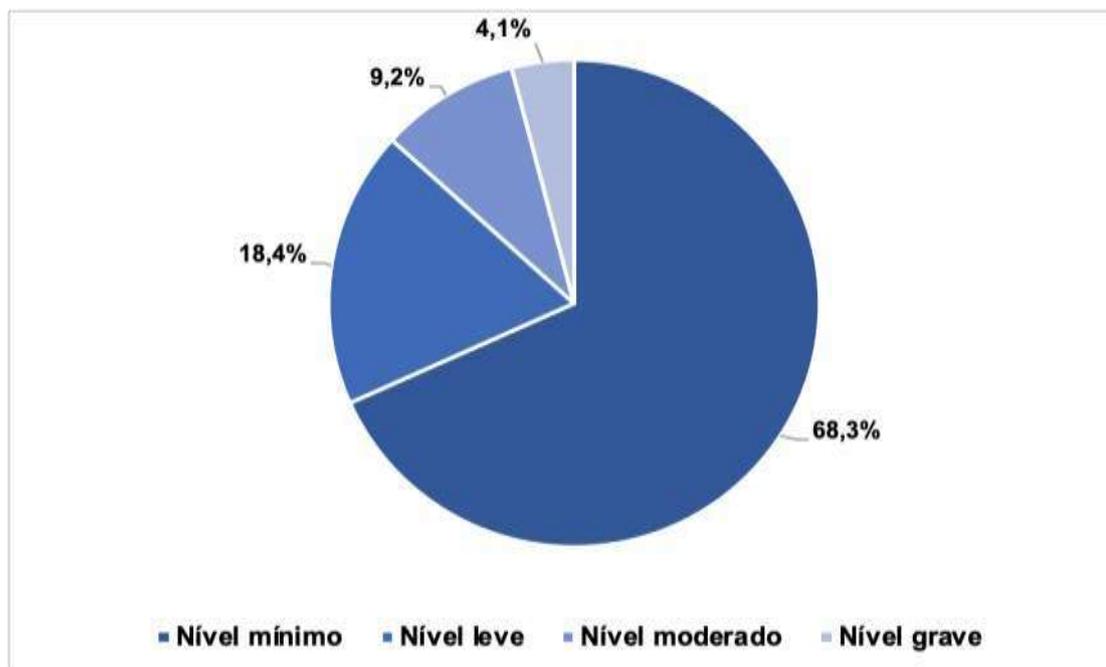
Tabela 3 – Caracterização dos hábitos de vida da amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Variáveis	Sim	Não
	n(%)	n(%)
Uso de substâncias lícitas/ilícitas	81(20,8)	309(79,2)
Tratamento psicológico/psiquiátrico	72(18,5)	317(81,5)
Tratamento alternativo	16(4,1)	370(95,9)
Atividade física	165(42,3)	225(57,7)
História de violência	80(20,5)	311(79,5)
História de discriminação	64(16,4)	327(83,6)

4.1.3 Prevalência de níveis de ansiedade e padrão de risco de suicídio

A prevalência dos níveis de ansiedade levantada na amostra indica que 68,3% apresentaram nível mínimo, 18,4% nível leve, 9,2% nível moderado, e 4,1% nível grave (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Prevalência dos níveis de ansiedade entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)



A Tabela 4 apresenta os sintomas de ansiedade e sua intensidade. Na intensidade leve, o sintoma mais frequente foi “sentir-se nervoso” (33,0%), seguido de “medo que aconteça o pior” (31,7%) e “sentir-se assustado” (26,2%). Na intensidade moderada, “sensação de calor” foi o sintoma mais relatado (16,1%), seguido de “sentir-se nervoso” (11,8%) e “medo que aconteça o pior” (10,7%). Na intensidade grave, os sintomas mais frequentes foram “medo de morrer” (11,5%), “medo que aconteça o pior” (10,5%) e “sentir-se nervoso” (8,4%).

Tabela 4 – Caracterização das respostas referentes a sintomas de ansiedade e sua intensidade, conforme BAI. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

(continua)

Sintomas de Ansiedade	Intensidade			
	Sem intensidade (não)	Leve	Moderada	Grave
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Dormência ou formigamento	256(65,5)	101(25,8)	24(6,1)	10(2,6)
Sensação de calor	218(55,8)	90(23,0)	63(16,1)	20(5,1)
Tremores nas pernas	322(82,4)	45(11,5)	19(4,9)	5(1,3)
Incapaz de relaxar	241(61,6)	91(23,3)	40(10,2)	19(4,9)
Medo que aconteça o pior	184(47,1)	124(31,7)	42(10,7)	41(10,5)
Atordoado ou tonto	265(67,8)	84(21,5)	27(6,9)	15(3,8)

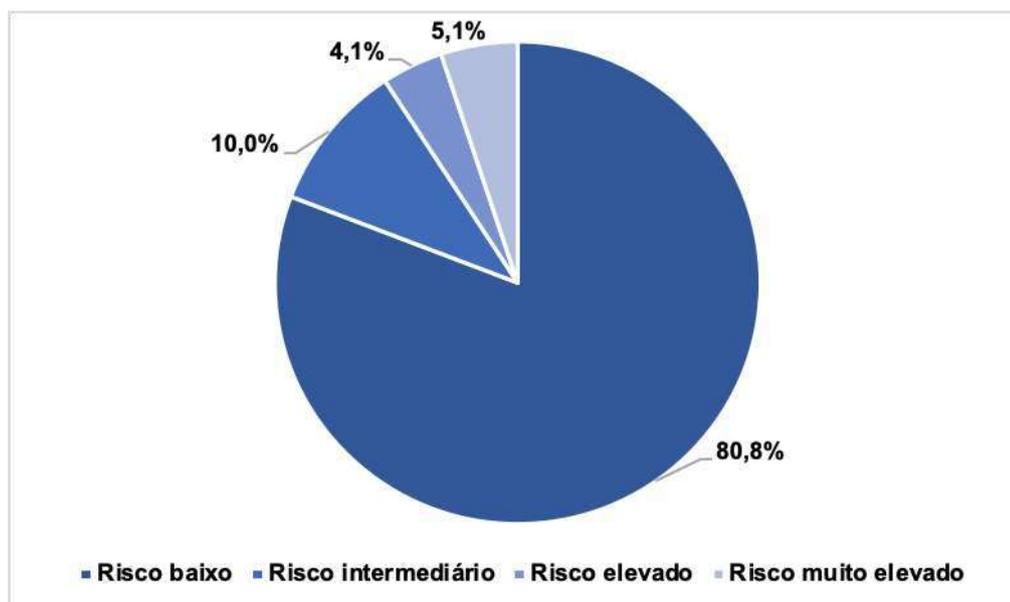
Tabela 4 – Caracterização das respostas referentes a sintomas de ansiedade e sua intensidade, conforme BAI. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

(conclusão)

Sintomas de ansiedade	Intensidade			
	Sem intensidade (não)	Leve	Moderada	Grave
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Aterrorizado	341(87,2)	32(8,2)	12(3,1)	6(1,5)
Nervoso	183(46,8)	129(33,0)	46(11,8)	33(8,4)
Sensação de sufocação	296(76,1)	58(14,9)	21(5,4)	14(3,6)
Tremores nas mãos	329(84,1)	49(12,5)	10(2,6)	3(,8)
Trêmulo	335(85,7)	44(11,3)	7(1,8)	5(1,3)
Medo de perder o controle	256(65,5)	87(22,3)	26(6,6)	22(5,6)
Dificuldade de respirar	288(73,8)	73(18,7)	17(4,4)	12(3,1)
Medo de morrer	221(56,5)	90(23,0)	35(9,0)	45(11,5)
Assustado	247(63,3)	102(26,2)	25(6,4)	16(4,1)
Indigestão	240(61,5)	94(24,1)	35(9,0)	21(5,4)
Sensação de desmaio	341(87,2)	33(8,4)	13(3,3)	4(1,0)
Rosto afogueado	341(87,2)	36(9,2)	8(2,0)	6(1,5)
Suor (não devido ao calor)	293(74,9)	65(16,6)	25(6,4)	8(2,0)

No que diz respeito ao padrão de risco de suicídio, 80,8% da amostra apresentou risco baixo, 10,0% risco intermediário, 4,1% risco elevado, e 5,1% foram classificados com risco muito elevado (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Padrão de risco de suicídio entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)



Dentre os fatores preditores do suicídio, os mais prevalentes entre a amostra foram: história de uso de álcool ou outras drogas (40,9%), acontecimento estressante recente (32,2%), e presença de sintomas depressivos (25,3%). Além disso, 7,9% dos participantes já haviam tentado tirar a própria vida, 7,2% tinham ideação suicida e 1,8% afirmou ter um plano para suicídio (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização das respostas referentes ao risco de suicídio, conforme NGASR. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Variáveis	(continua)	
	Sim n(%)	Não n(%)
Presença de desesperança, por exemplo, perda de esperança no futuro, perda de sentido da vida, falta de perspectivas atuais	43(11,0)	348(89,0)
Acontecimento estressante recente, por exemplo, perda do emprego, dificuldades socioeconômicas, ação judicial pendente, acidentes	126(32,2)	265(67,8)
História de psicose (presença de vozes/crenças persecutórias)	26(6,6)	365(93,4)
Presença de sintomas depressivos (tristeza/ perda de interesse ou perda de prazer em realizar atividades diárias)	99(25,3)	292(74,7)
Presença de comportamentos de isolamento social	51(13,0)	340(87,0)
Aviso de intenção suicida/ideação suicida	28(7,2)	363(92,8)
Presença de plano de suicídio	7(1,8)	384(98,2)
Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio	96(24,6)	295(75,4)
Presença de sofrimento por morte de ente querido (processo de luto recente) ou fim de relacionamento	91(23,3)	300(76,7)

Tabela 5 – Caracterização das respostas referentes ao risco de suicídio, conforme NGASR. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Variáveis	(conclusão)	
	Sim n(%)	Não n(%)
Viúvo/viúva ou viver sozinho	13(3,3)	378(96,7)
Tentativa anterior de suicídio	31(7,9)	360(92,1)
História de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais/religiosas)	58(14,8)	333(85,2)
História pessoal de uso/ abuso de álcool e/ou outras drogas	160(40,9)	231(59,1)
Presença de doença terminal ou incapacitante	4(1,0)	387(99,0)

A Tabela 6 aponta que a média no escore de ansiedade foi 9,35 (Desvio padrão=9,73). Quanto ao escore de risco de suicídio, a média representou 3,29 (Desvio padrão=3,93).

Tabela 6 – Caracterização dos níveis de ansiedade (BAI) e risco de suicídio (NGASR) entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Variáveis	N(%)	Média ± Dp	Mediana
Nível de ansiedade		9,35±9,73	6,00
Mínimo	267(68,3)		
Leve	72(18,4)		
Moderado	36(9,2)		
Grave	16(4,1)		
Risco de suicídio		3,29±3,93	2,00
Baixo	316(80,8)		
Intermediário	39(10,0)		
Elevado	16(4,1)		
Muito elevado	20(5,1)		

4.2 Análise bi e multivariada

A Tabela 7 demonstra que os níveis de ansiedade apresentaram associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo ($p=0,02$), evento estressor ($p<0,001$), ter problemas no sono ($p<0,001$), realizar tratamento psicológico/psiquiátrico ($p<0,001$) e tratamento alternativo ($p=0,005$), praticar atividade física ($p<0,001$), ter sofrido violência ($p<0,001$) e discriminação ($p<0,001$).

Tabela 7 – Associação entre níveis de ansiedade (BAI) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

(continua)

Variáveis	Níveis de ansiedade				p-valor*
	Mínimo n(%)	Leve n(%)	Moderado n(%)	Grave n(%)	
Sexo					0,02
Masculino	70(17,9)	14(3,6)	4(1,0)	0(0,0)	
Feminino	197(50,4)	58(14,8)	32(8,2)	16(4,1)	
Faixa etária					0,864
Adulto Jovem (20 - 39 anos)	175(44,8)	46(11,8)	24(6,1)	12(3,1)	
Adulto Idoso (40 - 59 anos)	92(23,5)	26(6,6)	12(3,1)	4(1,0)	
Estado civil					0,072
Com companheiro, em convívio no mesmo lar	184(47,1)	38(9,7)	16(4,1)	13(3,3)	
Com companheiro, sem convívio	19(4,9)	9(2,3)	4(1,0)	0(0,0)	
Sem companheiro, com casamento anterior	24(6,1)	9(2,3)	6(1,5)	1(0,3)	
Sem companheiro, sem casamento anterior	40(10,2)	16(4,1)	10(2,6)	2(0,5)	
Filhos					0,34
Sim	220(56,6)	62(15,9)	26(6,7)	13(3,3)	
Não	45(11,6)	10(2,6)	10(2,6)	3(0,8)	
Etnia					0,48
Branca	21(5,4)	7(1,8)	4(1,0)	2(0,5)	
Preta	63(16,2)	25(6,4)	13(3,3)	5(1,3)	
Amarela	8(2,1)	4(1,0)	2(0,5)	1(0,3)	
Parda	173(44,4)	35(9,0)	17(4,4)	8(2,1)	
Indígena	1(0,3)	1(0,3)	0(0,0)	0(0,0)	
Renda					0,948
Acima de 20 SM	2(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
10 a 20 SM	3(0,8)	0(0,0)	1(0,3)	0(0,0)	
4 a 10 SM	11(2,8)	4(1,0)	3(0,8)	0(0,0)	
2 a 4 SM	27(7,0)	7(1,8)	3(0,8)	2(0,5)	
Até 2 SM	222(57,4)	59(15,2)	29(7,5)	14(3,6)	
Trabalho					0,279
Sim	134(34,3)	29(7,4)	14(3,6)	9(2,3)	
Não	133(34,0)	43(11,0)	22(5,6)	7(1,8)	
Religião					0,741
Sim	238(60,9)	62(15,9)	33(8,4)	15(3,8)	
Não	29(7,4)	10(2,6)	3(0,8)	1(0,3)	
Prática religiosa					0,175
Sim	156(40,1)	39(10,0)	15(3,9)	11(2,8)	
Não	109(28,0)	33(8,5)	21(5,4)	5(1,3)	

Tabela 7 – Associação entre níveis de ansiedade (BAI) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

(conclusão)

Variáveis	Níveis de ansiedade				p-valor*
	Mínimo n(%)	Leve n(%)	Moderado n(%)	Grave n(%)	
Freq. serv. Saúde					0,569
Não costuma frequentar	14(3,6)	4(1,0)	2(0,5)	0(0,0)	
1x na semana	30(7,7)	9(2,3)	5(1,3)	3(0,8)	
1x no mês	88(22,5)	31(7,9)	12(3,1)	5(1,3)	
2x no mês	36(9,2)	9(2,3)	6(1,5)	5(1,3)	
1x a cada 3 meses	43(11,0)	6(1,5)	1(0,3)	1(0,3)	
1x a cada 6 meses	32(8,2)	8(2,0)	6(1,5)	2(0,5)	
1x no ano	24(6,1)	5(1,3)	4(1,0)	0(0,0)	
Doença					0,06
Sim	81(21,0)	26(6,8)	12(3,1)	10(2,6)	
Não	183(47,5)	44(11,4)	23(6,0)	6(1,6)	
Medicação					0,635
Sim	66(50,4)	21(16,0)	11(8,4)	7(5,3)	
Não	13(9,9)	7(5,3)	3(2,3)	3(2,3)	
Evento estressor					<0,001
Sim	109(28,1)	42(10,8)	29(7,5)	13(3,4)	
Não	156(40,2)	29(7,5)	7(1,8)	3(0,8)	
Problemas no sono					<0,001
Sim	71(18,2)	41(10,5)	26(6,7)	13(3,3)	
Não	195(50,0)	31(7,9)	10(2,6)	3(0,8)	
Uso de substâncias lícitas/ilícitas					0,212
Sim	48(12,3)	21(5,4)	8(2,1)	4(1,0)	
Não	218(55,9)	51(13,1)	28(7,2)	12(3,1)	
Tratamento psicológico/ Psiquiátrico					<0,001
Sim	31(8,0)	13(3,3)	17(4,4)	11(2,8)	
Não	234(60,2)	59(15,2)	19(4,9)	5(1,3)	
Tratamento alternativo					0,005
Sim	6(1,6)	4(1,0)	3(0,8)	3(0,8)	
Não	257(66,6)	68(17,6)	32(8,3)	13(3,4)	
Atividade física					<0,001
Sim	116(29,7)	33(8,5)	11(2,8)	5(1,3)	
Não	150(38,5)	39(10,0)	25(6,4)	11(2,8)	
História de violência					<0,001
Sim	37(9,5)	23(5,9)	12(3,1)	8(2,0)	
Não	230(58,8)	49(12,5)	24(6,1)	8(2,0)	
História de Discriminação					<0,001
Sim	30(7,7)	17(4,3)	9(2,3)	8(2,0)	
Não	237(60,6)	55(14,1)	27(6,9)	8(2,0)	

*Teste Exato de Fisher.

No modelo de regressão logística multinomial para níveis de ansiedade, mantiveram-se associação estatística significativa as variáveis evento estressor ($p=0,032$), problemas no sono ($p=0,003$), realizar tratamento psicológico/psiquiátrico ($p=0,000$ e $p=0,001$) e ter sofrido discriminação ($p=0,001$) (Tabela 8).

Verificou-se que participantes que não tiveram evento estressor recente possuem 4,656 vezes mais chance de apresentar nível mínimo de ansiedade quando comparados aos participantes que apresentaram nível grave ($p=0,032$). Aqueles que não tiveram problemas no sono apresentaram 8,060 vezes mais chances de terem nível de ansiedade mínimo, em relação aos que apresentaram nível grave ($p=0,003$). Indivíduos que não faziam tratamento psicológico ou psiquiátrico demonstraram 11,545 vezes mais chances de nível de ansiedade mínimo em comparação aqueles que tinham nível grave de ansiedade ($p=0,000$).

Verificou-se também que participantes que não possuíam histórico de discriminação apresentaram 6,824 vezes mais chances de nível de ansiedade mínimo, quando comparados aos possuíam nível grave de ansiedade ($p=0,001$); e os participantes que não realizavam tratamento psicológico ou psiquiátrico apresentaram 9,069 vezes mais chances de nível de ansiedade leve, em relação àqueles que apresentaram nível de ansiedade grave ($p=0,001$).

Tabela 8 – Análise de regressão logística multinomial envolvendo níveis de ansiedade (BAI) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Nível de ansiedade*		B	p-valor	OR	(continua)		
					IC-95% (OR)		
					Limite inferior	Limite superior	
Mínimo	Interceptação	-1,533	0,012				
	Evento estressor						
	Não		0,032	4,656	1,145	18,935	
	Sim						
	Problemas no sono						
	Não		0,003	8,060	2,026	32,062	
	Sim						
	Tratamento psicológico/psiquiátrico						
	Não		0,000	11,545	3,445	38,696	
	Sim						
História de discriminação							
Não		0,001	6,824	2,088	22,301		
Sim							

Tabela 8 – Análise de regressão logística multinomial envolvendo níveis de ansiedade (BAI) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Nível de ansiedade*	B	p-valor	OR	(conclusão)		
				Limite inferior	Limite superior	
Leve	Interceptação	-1,037	0,093			
	Evento estressor					
	Não		0,161	2,787	0,664	11,692
	Sim					
	Problemas no sono					
	Não		0,235	2,364	0,572	9,775
	Sim					
	Tratamento psicológico/psiquiátrico					
	Não		0,001	9,069	2,584	31,831
	Sim					
História de discriminação						
Não		0,060	3,186	0,952	10,658	
Sim						
Moderado	Interceptação	-,444	0,471			
	Evento estressor					
	Não		0,951	1,050	0,223	4,955
	Sim					
	Problemas no sono					
	Não		0,524	1,628	0,363	7,297
	Sim					
	Tratamento psicológico/psiquiátrico					
	Não		0,159	2,500	0,698	8,963
	Sim					
História de discriminação						
Não		0,064	3,302	0,932	11,702	
Sim						

*Categoria de referência: nível grave.

A Tabela 9 aponta que o risco de suicídio apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis estado civil ($p=0,003$), evento estressor ($p<0,001$), ter problemas com o sono ($p<0,001$), uso de substâncias lícitas/ilícitas ($p=0,04$), realizar tratamento psicológico/psiquiátrico ($p<0,001$), ter sofrido violência ($p<0,001$) e ter sofrido discriminação ($p<0,001$).

Tabela 9 – Associação entre risco de suicídio (NGASR) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

(continua)

Variáveis	Risco de suicídio				p-valor*
	Baixo n(%)	Intermediário n(%)	Elevado n(%)	Muito elevado n(%)	
Sexo					0,074
Masculino	75(19,2)	11(2,8)	1(0,3)	1(0,3)	
Feminino	241(61,6)	28(7,2)	15(3,8)	19(4,9)	
Faixa etária					0,241
Adulto jovem (20 - 39 Anos)	206(52,7)	23(5,9)	11(2,8)	17(4,3)	
Adulto maduro (40 - 59 Anos)	110(28,1)	16(4,1)	5(1,3)	3(0,8)	
Estado civil					0,003
Com companheiro, em convívio no mesmo lar	213(54,5)	20(5,1)	7(1,8)	11(2,8)	
Com companheiro, sem convívio	24(6,1)	3(0,8)	4(1,0)	1(0,3)	
Sem companheiro, com casamento anterior	28(7,2)	9(2,3)	3(0,8)	0(0,0)	
Sem companheiro, sem casamento anterior	51(13,0)	7(1,8)	2(0,5)	8(2,0)	
Filhos					0,073
Não	56(14,4)	3(0,8)	2(0,5)	7(1,8)	
Sim	259(66,6)	35(9,0)	14(3,6)	13(3,3)	
Etnia					0,589
Branca	27(6,9)	4(1,0)	3(0,8)	0(0,0)	
Preta	83(21,3)	14(3,6)	2(0,5)	7(1,8)	
Amarela	14(3,6)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,3)	
Parda	190(48,7)	20(5,1)	11(2,8)	12(3,1)	
Indígena	2(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Renda					0,859
Acima de 20 SM	2(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
10 a 20 SM	4(1,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
4 a 10 SM	16(4,1)	2(0,5)	0(0,0)	0(0,0)	
2 a 4 SM	35(9,0)	3(0,8)	1(0,3)	0(0,0)	
Até 2 SM	257(66,4)	32(8,3)	15(3,9)	20(5,2)	
Trabalho					0,669
Sim	154(39,4)	15(3,8)	8(2,0)	9(2,3)	
Não	162(41,4)	24(6,1)	8(2,0)	11(2,8)	

Tabela 9 – Associação entre risco de suicídio (NGASR) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

(continuação)

Variáveis	Risco de suicídio				p-valor*
	Baixo n(%)	Intermediário n(%)	Elevado n(%)	Muito elevado n(%)	
Religião					0,482
Sim	281(71,9)	36(9,2)	15(3,8)	16(4,1)	
Não	35(9,0)	3(0,8)	1(0,3)	4(1,0)	
Prática religiosa					0,856
Sim	181(46,5)	22(5,7)	8(2,1)	10(2,6)	
Não	133(34,2)	17(4,4)	8(2,1)	10(2,6)	
Freq. serv. Saúde					0,855
Não costuma frequentar	17(4,3)	2(0,5)	1(0,3)	0(0,0)	
1x na Semana	37(9,5)	5(1,3)	1(0,3)	4(1,0)	
1x no Mês	105(26,9)	14(3,6)	8(2,0)	9(2,3)	
2x no Mês	43(11,0)	7(1,8)	2(0,5)	4(1,0)	
1x a cada 3 meses	47(12,0)	3(0,8)	1(0,3)	0(0,0)	
1x a cada 6 meses	38(9,7)	6(1,5)	2(0,5)	2(0,5)	
1x no ano	29(7,4)	2(0,5)	1(0,3)	1(0,3)	
Doença					0,469
Sim	103(26,8)	14(3,6)	3(0,8)	9(2,3)	
Não	208(54,0)	25(6,5)	12(3,1)	11(2,9)	
Uso de medicação					0,802
Sim	83(63,4)	12(9,2)	3(2,3)	7(5,3)	
Não	20(15,3)	2(1,5)	1(0,8)	3(2,3)	
Evento estressor					<0,001
Sim	135(34,8)	29(7,5)	13(3,4)	16(4,1)	
Não	178(45,9)	10(2,6)	3(0,8)	4(1,0)	
Problemas no sono					<0,001
Sim	105(26,9)	21(5,4)	10(2,6)	15(3,8)	
Não	210(53,8)	18(4,6)	6(1,5)	5(1,3)	
Uso de substâncias lícitas/ilícitas					0,04
Sim	61(15,6)	9(2,3)	2(0,5)	9(2,3)	
Não	254(65,1)	30(7,7)	14(3,6)	11(2,8)	
Tratamento psicológico/psiquiátrico					<0,001
Sim	43(11,1)	11(2,8)	6(1,5)	12(3,1)	
Não	271(69,7)	28(7,2)	10(2,6)	8(2,1)	
Tratamento alternativo					0,454
Sim	13(3,4)	1(0,3)	0(0,0)	2(0,5)	
Não	299(77,5)	38(9,8)	15(3,9)	18(4,7)	
Atividade física					0,482
Sim	130(33,3)	21(5,4)	6(1,5)	8(2,1)	
Não	185(47,4)	18(4,6)	10(2,6)	12(3,1)	

Tabela 9 – Associação entre risco de suicídio (NGASR) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

(conclusão)

Variáveis	Risco de suicídio				p-valor*
	Baixo	Intermediário	Elevado	Muito elevado	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
História de violência					<0,001
Sim	45(11,5)	14(3,6)	9(2,3)	12(3,1)	
Não	271(69,3)	25(6,4)	7(1,8)	8(2,0)	
História de discriminação					<0,001
Sim	37(9,5)	10(2,6)	9(2,3)	8(2,0)	
Não	279(71,4)	29(7,4)	7(1,8)	12(3,1)	

*Teste Exato de Fisher.

No modelo de regressão logística multinomial para risco de suicídio, mantiveram associação estatística significativa as variáveis uso de substâncias lícitas/ilícitas ($p=0,04$ e $p=0,03$), realizar tratamento psicológico/psiquiátrico ($p=0,00$ e $p=0,02$), histórico de violência ($p=0,00$) e discriminação ($p=0,04$) (Tabela 10).

Verificou-se que participantes que não fazem uso de substâncias lícitas ou ilícitas tem 2,975 vezes mais chance de baixo risco de suicídio, quando comparados aos participantes com risco muito elevado de suicídio ($p=0,04$). Indivíduos que não fazem tratamento psicológico ou psiquiátrico possuem 8,255 vezes mais chances de risco de suicídio baixo, em comparação àqueles com risco de suicídio muito elevado ($p=0,00$). Participantes que não possuem história de violência apresentam 4,954 vezes mais chances de baixo risco de suicídio, em relação aos que apresentam risco de suicídio muito elevado ($p=0,00$).

Entrevistados que não possuem história de discriminação tem 3,039 vezes mais chances de baixo risco de suicídio do que aqueles com risco de suicídio muito elevado ($p=0,04$). Participantes que não realizam tratamento psicológico ou psiquiátrico apresentam 3,872 vezes mais chances de risco de suicídio intermediário, quando comparados aos que tem risco de suicídio muito elevado ($p=0,02$). Participantes que não fazem uso de substâncias lícitas ou ilícitas possuem 7,172 vezes mais chances de risco elevado de suicídio, em relação àqueles com risco muito elevado ($p=0,03$).

Tabela 10 – Análise de regressão logística multinomial envolvendo risco de suicídio (NGASR) e variáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e hábitos de vida entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

Risco de suicídio*		B	p-valor	OR	IC-95% (OR)	
					Limite inferior	Limite superior
Baixo	Interceptação	-1,257	0,04			
	Uso de substâncias lícitas/ilícitas					
	Não		0,04	2,975	1,049	8,440
	Sim					
	Tratamento psicológico/psiquiátrico					
	Não		0,00	8,255	2,970	22,947
	Sim					
	História de violência					
	Não	1,600	0,00	4,954	1,791	13,703
	Sim	0 ^b				
História de discriminação						
Não	1,112	0,04	3,039	1,045	8,834	
Sim	0 ^b					
Intermediário	Interceptação	-1,365	0,06			
	Uso de substâncias lícitas/ilícitas					
	Não	0,973	0,12	2,645	0,788	8,877
	Sim	0 ^b				
	Tratamento psicológico/psiquiátrico					
	Não	1,354	0,02	3,872	1,198	12,516
	Sim	0 ^b				
	História de violência					
	Não	0,650	0,27	1,916	0,598	6,144
	Sim	0 ^b				
História de discriminação						
Não	0,431	0,49	1,539	0,454	5,218	
Sim	0 ^b					
Elevado	Interceptação	-1,777	0,07			
	Uso de substâncias lícitas/ilícitas					
	Não	1,970	0,03	7,172	1,218	42,219
	Sim	0 ^b				
	Tratamento psicológico/psiquiátrico					
	Não	1,000	0,16	2,718	0,669	11,037
	Sim	0 ^b				
	História de violência					
	Não	0,087	0,90	1,091	0,269	4,433
	Sim	0 ^b				
História de discriminação						
Não	-0,845	0,24	,430	0,104	1,768	
Sim	0 ^b					

*Categoria de referência: risco muito elevado.

A Tabela 11 demonstra a associação entre a classificação dos níveis de ansiedade (BAI) e a classificação de risco de suicídio (NGASR). Observou-se que a

maioria dos indivíduos foram classificados com nível de ansiedade mínimo e baixo risco de suicídio (63,9%). Com base no teste de associação Exato de Fisher, há associação entre os níveis de ansiedade e as classificações de risco de suicídio ($p < 0,001$).

Tabela 11 – Associação entre níveis de ansiedade (BAI) e risco de suicídio (NGASR) entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

	Níveis de ansiedade				p-valor*
	Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Risco de suicídio					<0,001
Baixo	250(63,9)	42(10,7)	18(4,6)	6(1,5)	
Intermediário	16(4,1)	16(4,1)	5(1,3)	2(0,5)	
Elevado	1(0,3)	8(2,0)	6(1,5)	1(0,3)	
Muito elevado	0(0,0)	6(1,5)	7(1,8)	7(1,8)	

*Teste exato de Fisher.

A Tabela 12 demonstra a comparação entre as classificações de níveis de ansiedade (BAI) em relação ao escore de risco de suicídio (NGASR). Verificou-se que existe diferença entre os níveis de ansiedade quanto ao risco suicida ($p < 0,001$). A diferença é observada entre os indivíduos com nível mínimo de ansiedade em relação às demais classificações. Com base nesse resultado, afirma-se que há correlação positiva entre as variáveis, de modo que, a medida em que um escore aumenta, o outro também se eleva.

Tabela 12 – Comparação entre níveis de ansiedade (BAI) e o escore risco de suicídio (NGASR) na amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

	Média±Dp	Mediana	p-valor ¹	p-valor ²
Nível de ansiedade				<0,001
Mínimo	1,84±1,89	1,0		A
Leve	5,14±3,92	4,5		B
Moderado	7,33±5,53	6,0		B
Grave	10,06±7,20	7,5		B

¹Teste de Kruskal-Wallis; ²Teste de Dunn (Post Hoc).

Com base na correlação de Spearman, verificou-se que o escore de ansiedade (BAI) apresenta uma correlação positiva moderada com o escore do risco de suicídio (NGASR). Assim, a medida em que aumenta uma unidade no nível de ansiedade, aumenta 0,522 no risco de suicídio (Tabela 13).

Tabela 13 – Análise de correlação entre os escores de nível de ansiedade (BAI) e risco de suicídio (NGASR) entre a amostra estudada. Teresina, Piauí, Brasil. 2020. (n=391)

		Escore (BAI)	Escore (NGASR)
Escore (BAI)	CC	1,000	0,522*
	p-valor		0,000
	N	391	391

*Correlação de Spearman.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, as características sociodemográficas da amostra foram predominantemente constituídas pelo sexo feminino, adulto jovem, de raça parda, conviviam com companheiro no mesmo lar, e possuíam filhos. Apresentavam, em média, 10,43 anos de estudo, tinham renda calculada em até dois salários mínimos, porém, sem emprego formal. Também possuíam religião e exerciam prática religiosa. Características estas que se assemelham a outras levantadas em investigações realizadas em âmbito nacional, também na APS, como estudo realizado por Guibu *et al.* (2017), que pesquisou as principais características de usuários dos serviços de APS nas diversas regiões do Brasil (n=8.676), e encontrou que 76% dos participantes eram mulheres, dado semelhante ao levantado por este estudo (77,5%). Outro dado similar foi a faixa etária, que se destacou mais prevalente de 18 a 39 anos.

Desperta atenção à disparidade entre o sexo dos participantes, uma vez que as mulheres predominam entre a amostra. O modelo social reprodutivo e o autocuidado associado à imposição da fragilidade feminina podem ser fatores que fazem com que a busca pelos espaços de saúde seja mais efetiva pelas mulheres (BOTTON, CÚNICO, STREY, 2017; COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016). Além disso, entre homens, é cultural o não reconhecimento de necessidades em saúde e a busca tardia pelo cuidado, inclusive em serviços de atenção básica (SOUSA *et al.*, 2016).

Em relação à autodeclaração de raça, observou-se em estudo sobre o perfil de usuários adultos da APS em Belo Horizonte, Brasil (n=2.006), que a maioria dos entrevistados se autodeclaravam pardos (49,31%), dado convergente ao achado desta pesquisa. No mesmo estudo, a maior parte da amostra relatou viver sem companheiro (54,05%), resultado que se difere do levantado por este estudo, no qual a maioria dos indivíduos relatou ter companheiro em convívio no mesmo lar (PERILLO *et al.*, 2020).

Quanto à escolaridade, os participantes desta pesquisa possuíam, em média, 10,43 anos de estudo. Em pesquisa com usuários da atenção básica da cidade Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil (n=400), 70,3% dos participantes apresentaram nível de escolaridade baixa (DIETRICH; COLET; WINKELMANN, 2019). Em outra investigação, com 1.067 adultos usuários da APS no Estado do Rio Grande do Sul,

Brasil, 55,1% dos pesquisados possuíam ensino fundamental ou menor escolaridade (KESSLER *et al.*, 2019).

O baixo nível de escolaridade reflete em implicações desfavoráveis às condições de vida, que podem, até mesmo, ultrapassar gerações. Esse fator é considerado um problema, uma vez que pode causar diversos danos à saúde, inclusive aqueles de cunho mental (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Neste estudo, a maioria da amostra referiu ter renda calculada em até dois salários mínimos. Essa informação condiz com o achado por Abreu, Marinho e Jomar (2017), em usuários da ESF do Rio de Janeiro, Brasil (n=1.489), no qual 79,1% da amostra declarou ter renda menor que dois salários mínimos (ABREU; MARINHO; JOMAR, 2017).

De modo geral, o status econômico é avaliado como importante indicador da saúde. Esse status, quando em baixo nível, pode ser considerado fator de risco para uma série de patologias, como transtornos psiquiátricos, e, para além dessa problemática, podem incluir o abuso de substâncias psicoativas e comportamento autolesivo (KIVIMÄKI *et al.*, 2020).

A complexidade que envolve os problemas mentais perpassa por uma série de aspectos, quais sejam, questões sociais, políticas, econômicas e de cultura. As desigualdades de classe social, que envolvem dimensões como educação e renda, por exemplo, podem despertar uma série de impactos à saúde mental, quando desfavoráveis. Dentre as emoções negativas desencadeadas, pode-se citar o sentimento de inferioridade, impotência e sintomas depressivos (LUDERMIR, 2008).

A religião também foi referida por 89,0% da amostra, e a prática religiosa por 56,8%. Dado que corrobora com o levantado por estudo de Callou Filho *et al.* (2017), realizado no município de Fortaleza, Ceará, Brasil, com 301 usuários de UBS, no qual 92% dos respondentes possuíam alguma religião (CALLOU FILHO *et al.*, 2017).

Levantamento realizado pelo IBGE aponta que mais de 89% da população brasileira referiu ter uma religião, sendo esta, entre a maioria, a católica apostólica romana (IBGE, 2010). A religiosidade pode contribuir para a qualidade de vida, otimismo e felicidade (VITORINO *et al.*, 2018), comportando-se, nessa perspectiva, como importante aliado à saúde mental (ABDALEATI; ZAHARIM; MYDIN, 2016).

Quanto às condições de saúde da amostra deste estudo, observou-se que 34,8% dos participantes afirmou frequentar serviços de saúde uma vez ao mês, e

33,5% possuíam alguma morbidade. O acesso dificultado a serviços de saúde e a presença de patologias crônicas, de diversas naturezas, podem ser fatores desencadeadores de ansiedade. Em estudo de base populacional, realizado com adultos jovens no Brasil (n=1.953), os resultados apontaram que possuir doença crônica apresentou associação estatisticamente significativa com transtorno de ansiedade (p=0,001) (COSTA *et al.*, 2019). Para além, a literatura demonstra que o risco de suicídio pode ser agravado em indivíduos que possuem morbidade crônica, seja de ordem física ou mental (BACHMANN, 2018).

Verificou-se, também, que 49,7% da amostra desta pesquisa havia tido algum evento estressor no último ano. A exposição a situações causadoras de estresse pode implicar no surgimento de psicopatologias (EISENBARTH *et al.*, 2019). Essas situações podem corroborar para o aparecimento de transtornos diversos, inclusive, de ansiedade (MARGIS *et al.*, 2003), e comportamento suicida (FJELDSTED *et al.*, 2017).

Observou-se que problemas com o sono atingiram 38,7% dos participantes desta pesquisa. O sono é um importante sinalizador de saúde. As evidências apontam que sua duração diminuída está relacionada ao risco de desordens mentais. Em contrapartida, a duração do sono adequada pode diminuir o risco desses transtornos e proporcionar melhorias em diversos aspectos da saúde (GEOFFROY *et al.*, 2020).

Quanto aos hábitos de vida, 20,8% dos entrevistados faziam uso de substâncias psicoativas. É sabidamente reconhecido pela literatura científica que o consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas, traz repercussões negativas à saúde. Essa prática aumenta a probabilidade de desenvolvimento de agravos mentais. A associação entre esses fatores, por sua vez, eleva o risco de comportamento suicida (MOREIRA *et al.*, 2020).

Outro dado que chama atenção se refere ao fato de que 18,5% dos entrevistados estavam em tratamento psicológico ou psiquiátrico. A oferta de cuidado em saúde mental ainda é um desafio para profissionais da APS, mesmo com os agravos mentais cada vez mais corriqueiros nesse cenário (PEREIRA; AMORIM; GONDIM, 2020). Todavia, esse cuidado deve ser estimulado em âmbito comunitário, pois apresenta vantagens como a redução do estigma e maior aceitabilidade (AYANO, 2018). A assistência à saúde mental figura, ainda, fator de proteção contra o risco suicidário (MARTINS JÚNIOR *et al.*, 2016).

No que tange à realização de tratamento alternativo para problemas emocionais, houve afirmação por parte de alguns participantes. A realização de tratamentos alternativos, como as práticas integrativas e complementares, tem sido recomendada para auxílio no processo saúde-doença (BRASIL, 2012b), e se mostrado efetiva para promoção da saúde mental (SILVA FILHO *et al.*, 2018). No entanto, a implementação desses métodos no contexto da APS ainda é discreta, pois muitos profissionais necessitam de aproximação com a temática (CARVALHO; NÓBREGA, 2017). Tal fato pode justificar o baixo índice de tratamento alternativo para problemas emocionais apresentado pelos entrevistados desta pesquisa.

A prática de atividade física foi afirmada por 42,3% dos investigados neste estudo. Os mecanismos de efeito da atividade física sobre o humor perpassam por aspectos fisiológicos, como efeitos na endorfina e neurotransmissores. Exercícios físicos são relacionados ao bem-estar e à saúde mental, visto que podem proporcionar alívio de sintomas de ansiedade, depressão e estresse (MIKKELSEN *et al.*, 2017). Revisão sistemática com metanálise também verificou que a participação em atividades físicas está associada a menor chance de ideação suicida (VANCAMPFORT *et al.*, 2018).

Dentre os entrevistados nesta pesquisa, 20,5% haviam sofrido algum tipo de violência e 16,4% afirmaram ter sofrido algum tipo de discriminação durante a vida. A vivência de violência e discriminação exerce impacto negativo sobre a saúde mental (ALVES; RODRIGUES, 2010). Essas situações são potenciais desencadeadoras de sofrimento mental, e podem, ainda, se relacionar a comportamentos de risco, como uso de substâncias psicoativas (ALBUQUERQUE; BARROS; SCHRAIBER, 2013).

A exposição à violência está intimamente relacionada a transtornos mentais, independente do grupo populacional (RIBEIRO *et al.*, 2009). Estudo de Pereira *et al.* (2018), que comparou três grupos de indivíduos na adultez emergente (Grupo que não possuía ideação nem tentativa de suicídio; Grupo com ideação suicida na vida; e Grupo com tentativa de suicídio), verificou que a vivência de violência familiar ou comunitária apresentou diferença entre o Grupo sem ideação e tentativa suicida, e os demais grupos, e foi identificada como fator de risco para a ideação suicida. Este resultado aponta para a vulnerabilidade desencadeada pela vivência de situações de violência, que pode convergir em desfechos graves (PEREIRA *et al.*, 2018).

Os níveis de ansiedade levantados na amostra deste estudo demonstraram alta prevalência, distribuída entre os níveis mínimo, leve, moderado e grave. Demais estudos que reportam níveis de ansiedade também têm encontrado resultados consideráveis em relação a esse agravo (COSTA *et al.*, 2020; APÓSTOLO *et al.*, 2011; KALLAKURI *et al.*, 2018).

Em estudo desenvolvido no Rio Grande do Norte, Brasil (n=279), a pesquisa de sintomatologia ansiosa, também por meio do BAI, verificou que 66,3% apresentou nível mínimo, 21,9% nível leve, 10,8% nível moderado, e 1,1% nível grave de ansiedade (COSTA *et al.*, 2020). Nos níveis de ansiedade leve e moderado, os percentuais deste estudo apresentaram-se mais discretos, no entanto, o nível grave ansiedade apresentou-se mais elevado.

Outro levantamento dos níveis de ansiedade, com usuários de cuidados primários de saúde em uma cidade do Norte de Portugal (n=343), apontou dados superiores aos achados desta pesquisa. Entre os investigados, 6,67% foram classificados com nível de ansiedade leve, 15,94% nível moderado, e 7,25% nível grave e 13,62% nível extremamente grave (APÓSTOLO *et al.*, 2011).

A ansiedade é um agravo mental comum e seus transtornos são os mais prevalentes entre a população (BANDELOW; MICHAELIS; WEDEKIND, 2017). Apesar disso, a identificação e o gerenciamento dessa adversidade ainda são considerados desafiadores. Os serviços de APS, são, por vezes, a primeira oportunidade para reconhecimento de sintomas de ansiedade (LOVE; LOVE, 2019), e devem, portanto, promover espaço para esse rastreio, uma vez que essa condição, além de estar associada à diminuição da qualidade de vida (PORTUGAL *et al.*, 2016), é potencial impactante em outros agravos à saúde, como, uso de álcool e outras drogas, transtorno depressivo e prejuízo às relações sociais (CHAND; MARWAHA, 2020).

Neste estudo, os níveis de ansiedade apresentaram associação estatisticamente significativa com as variáveis sexo ($p=0,02$), evento estressor ($p<0,001$), ter problemas no sono ($p<0,001$), realizar tratamento psicológico/psiquiátrico ($p<0,001$) e tratamento alternativo ($p=0,005$), praticar atividade física ($p<0,001$), ter sofrido violência ($p<0,001$) e discriminação ($p<0,001$). Após aplicação do modelo de regressão logística multinomial para níveis de ansiedade, mantiveram-se associação estatística significativa as variáveis evento

estressor, problemas no sono, realizar tratamento psicológico/psiquiátrico e ter sofrido discriminação.

A literatura reporta que o sexo feminino tende a apresentar maior gravidade da ansiedade. Além disso, as mulheres também são mais propensas a uma ou mais comorbidades psíquicas, em relação aos homens. Como contribuintes para essa disparidade, são apontados fatores genéticos e hormonais femininos. Destaca-se que essas discrepâncias podem ocasionar complicações aos transtornos, acentuar sua cronicidade e resultar em maior prejuízo para essa população (KINRYS; WYGANT, 2005). Destaque deve ser dado à maior proporção da participação feminina entre a amostra do estudo, dado que pode ter exercido influência sobre este resultado.

Na perspectiva do cuidado, a inclusão de tratamentos alternativos para saúde mental tem se mostrado aliada ao favorecimento do bem-estar. Diversas estratégias tem sido apontadas como intervenção no enfrentamento de problemas emocionais e transtornos mentais, dentre elas, arteterapia, meditação, acupuntura e musicoterapia (SOUZA *et al.*, 2017b). A musicoterapia, por exemplo, tem apresentado resultados benéficos para ansiedade e depressão (AALBERS *et al.*, 2017).

A realização de atividade física também tem se mostrado eficaz para redução de sintomas de ansiedade na população em geral. Devido ao seu impacto positivo no bem-estar, essa prática tem sido recomendada como intervenção precoce para ansiedade leve, e como tratamento complementar naqueles com nível de ansiedade moderado ou grave (KANDOLA *et al.*, 2018).

O desenvolvimento de agravos mentais pode ser influenciado por diversos aspectos, e um fator comumente reconhecido é a violência, em suas múltiplas formas (MAGALHÃES *et al.*, 2020; SANTOS; MONTEIRO, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2009; BENJET *et al.*, 2019; MENDONÇA; LUDERMIR, 2017; KLIEMANN; BÖING; CREPALDI, 2017). Em estudo com adultos, realizado na Suécia (n=6.193), verificou-se que as mulheres que haviam sofrido violência física no último ano apresentaram mais que o dobro de chances de desenvolver algum problema de ordem psicológica, em relação àquelas não expostas à violência (FRIDH; LINDSTRÖM; ROSVALL, 2014). Stansfeld *et al.* (2017) também verificaram, em seu estudo, que exposição aumentada à violência eleva as chances de depressão e ansiedade.

Neste estudo, observou-se que participantes que não tiveram evento estressor recente possuem 4,656 vezes mais chances de apresentar nível mínimo

de ansiedade quando comparados aos participantes que apresentaram nível grave ($p=0,032$).

Os eventos causadores de estresse repercutem em diversas esferas da vida, inclusive em problemas psicológicos (YAZDI *et al.*, 2018). A exposição ao estresse está relacionada ao risco de diversas condições de saúde, como depressão e transtornos de ansiedade (SLAVICH, 2016).

Estudo realizado no Irã, com 4.763 participantes, verificou que os eventos de vida estressantes se correlacionaram significativamente com sofrimento psicológico, ansiedade e depressão. O domínio de estressores pessoais (vida doméstica, preocupações educacionais, perda e separação, vida sexual e preocupações com a saúde) e o domínio de estressores sociais (problemas financeiros, relações sociais, conflitos pessoais, conflitos de trabalho, seguro desemprego e vida cotidiana) apresentaram relação significativa com ansiedade (HASSANZADEH *et al.*, 2017).

Entre a amostra desta pesquisa, aqueles indivíduos que não tiveram problemas no sono apresentaram 8,060 vezes mais chances de terem nível de ansiedade mínimo, em relação aos que apresentaram nível grave ($p=0,003$). O mal funcionamento do sono pode interferir na saúde mental dos indivíduos, conforme os achados de pesquisa com 462 indivíduos, desenvolvida no Líbano, que demonstrou associação estatística significativa entre ansiedade e insônia, má qualidade do sono e sonolência diurna excessiva (CHOUEIRY *et al.*, 2016).

A interação entre transtornos de ansiedade e problemas no sono também foi explorada por pesquisadores na Índia, em uma amostra de 1.700 adultos, e, por meio de análise estatística, foi comprovada a associação entre as variáveis insônia e ansiedade generalizada (KHAN *et al.*, 2018). Sugere-se, ainda, que distúrbios do sono tem uma relação bidirecional com problemas psiquiátricos, como ansiedade e depressão, de modo que uma adversidade exerce influência sobre a outra e vice-versa (ALVARO; ROBERTS; HARRIS, 2013).

Indivíduos que participaram deste estudo, que não faziam tratamento psicológico ou psiquiátrico demonstraram 11,545 vezes mais chances de nível de ansiedade mínimo em comparação aqueles que tinham nível grave de ansiedade ($p=0,000$), e 9,069 vezes mais chances de nível de ansiedade leve, em relação àqueles que apresentaram nível de ansiedade grave ($p=0,001$).

A ansiedade, além de ser um distúrbio comum, corriqueiramente se apresenta em comorbidade com outros agravos psicológicos/psiquiátricos (ZHOU *et al.*, 2017;

GOLDSTEIN-PIEKARSKI; WILLIAMS; HUMPHREYS, 2016). Nesses casos, pode haver maior gravidade dos sintomas, dificuldades de diagnóstico e tratamento (KOYUNCU *et al.*, 2019). Em compensação, a detecção precoce e o tratamento de transtornos de ansiedade têm potencial efeito de prevenção contra outros problemas mentais (STRÖHLE; GENSICHEN; DOMSCHKE, 2018).

Vale destacar a relação frequente entre ansiedade e depressão (WU; FANG, 2014). Essa relação foi verificada em estudo desenvolvido na APS brasileira, com 1.466 indivíduos, dos quais 18,4% apresentavam ansiedade e depressão concomitante (ARAGÃO *et al.*, 2018). Ressalta-se que 25,3% da amostra deste estudo apresentou sintomas depressivos.

Nesta pesquisa, os participantes que não possuíam histórico de discriminação apresentaram 6,824 vezes mais chances de nível de ansiedade mínimo, quando comparados aos possuíam nível grave de ansiedade ($p=0,001$). Por tratar-se de uma situação estressora, a discriminação, em suas diversas formas, tem sido implicada, como desencadeante de prejuízos à saúde mental (PACHTER *et al.*, 2018). Em consonância, estudo de revisão demonstrou que a interação de eventos traumáticos, vivência de adversidades na infância e experiência de discriminação podem desencadear consequências à saúde mental na idade adulta (VINES *et al.*, 2017).

Em pesquisa realizada com 33.530 trabalhadores coreanos, a discriminação percebida apresentou relevância estatística com transtornos de ansiedade e depressão, elevando em 3,25 vezes as chances desses agravos entre os homens, e em 4,56 vezes entre as mulheres (LEE *et al.*, 2016).

Quanto ao risco de suicídio verificado entre os participantes deste estudo, 80,8% da amostra apresentou risco baixo, 10,0% risco intermediário, 4,1% risco elevado, e 5,1% foram classificados com risco muito elevado. Embora o risco baixo tenha predominado, os resultados revelam uma elevada proporção de indivíduos com potencial comportamento suicida.

Pesquisa desenvolvida em Portugal, que avaliou o risco de suicídio entre os participantes ($n=109$) também por meio do Índice NGASR, apresentou dados de maior gravidade do que os encontrados por este estudo. Na avaliação, a menor proporção da amostra, 14,7%, apresentou risco baixo de suicídio, enquanto o risco muito elevado foi o mais prevalente, sendo identificado em 40,4% dos indivíduos (FAÇANHA; SANTOS; CUTCLIFFE, 2016).

Utilizando o mesmo instrumento desse estudo - Índice NGASR, pesquisadores da Itália investigaram 121 participantes e observaram que 25,62% dos entrevistados pontuava risco de suicídio intermediário, elevado ou muito elevado (FERRARA *et al.*, 2019). Esse dado também é considerado superior aos achados desta pesquisa, em que os sujeitos com risco intermediário ou superior representam 19,2% da amostra total.

Merece destaque, neste estudo, o percentual de risco muito elevado de suicídio ter superado o risco elevado. Além disso, 7,9% dos participantes já haviam atentado contra a própria vida, 7,2% apresentavam ideação suicida e 1,8% relataram ter um plano para suicídio.

Em estudo realizado com usuários da APS (n=396), no Marrocos, 5,3% dos investigados afirmaram ideias suicidas no último mês, 2,7% tinham um planejamento para suicídio e 1,2% realizaram tentativa. O risco de suicídio se assemelhou, sendo 6,8% da amostra foi classificada com risco médio para suicídio, e outros 6,8% com maior risco de suicídio (ONEIB *et al.*, 2016).

A ideação e a tentativa de suicídio são implicações requerem atenção, uma vez que podem exercer forte influência no risco de morte autoprovocada, conforme destaca estudo de caso-controle realizado na Groelândia (n=320), no qual a ideação suicida demonstrou elevada razão de probabilidade de risco de suicídio (OR=22,7), e a tentativa de acabar com a própria vida apresentou estimativa estatística ainda maior (OR=29,38) (GRUNDSOE; PEDERSEN, 2019).

A atuação da APS na detecção do comportamento suicida é fundamental. Estima-se que até 80% das pessoas que morrem por suicídio visitam um serviço de APS no último ano, e 44% no último mês, sendo as visitas a estes serviços, até mesmo mais frequentes do que aquelas aos serviços de saúde mental (STENELARSEN; RENEFLLOT, 2019). Portanto, os serviços primários de saúde representam dispositivo nos quais as questões de saúde mental devem ser incorporadas, e, de modo especial, a atenção ao comportamento suicida seja constante, uma vez que a oportunidade desse rastreio é privilegiada.

Neste estudo, o risco de suicídio apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis estado civil ($p=0,003$), evento estressor ($p<0,001$), ter problemas com o sono ($p<0,001$), uso de substâncias lícitas/ilícitas ($p=0,04$), realizar tratamento psicológico/psiquiátrico ($p<0,001$), ter sofrido violência ($p<0,001$) e ter sofrido discriminação ($p<0,001$). Após aplicação do modelo de regressão logística

multinomial, mantiveram associação estatística significativa as variáveis uso de substâncias lícitas/ilícitas, realizar tratamento psicológico/psiquiátrico, histórico de violência e discriminação.

A literatura tem reportado frequências do estado civil no risco suicida, porém, ainda há dificuldade de concordância sobre qual estado civil exerce influência sobre esse risco. Em estudo realizado no Irã (n=4.030), com dados sobre tentativas de suicídio e morte por suicídio durante cinco anos consecutivos, verificou-se que a taxa de mortalidade autoprovoçada foi maior em pessoas casadas, em comparação com as não casadas (AKBARIZADEH *et al.*, 2019).

Em pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos (n=1.898), o risco de suicídio foi apontado 1,9 vezes maior entre indivíduos separados ou divorciados, em relação aos casados. Já aqueles solteiros ou nunca casados, tiveram aproximadamente 35% mais chances de suicídio, comparados aos casados (KPOSOWA; EZZAT; BREAUULT, 2020). Outra abordagem, que levantou o perfil de pessoas que morreram por suicídio em um município do Ceará, Brasil (n=72), observou que 43,0% dos indivíduos eram solteiros e 41,7% casados, sendo, portanto, uma diferença discreta (PEDROSA *et al.*, 2018).

A literatura aponta, também, que a experiência de eventos estressantes durante a vida pode gerar maior propensão comportamento suicida. Teorias que buscam explicar o suicídio incluem os eventos geradores de estresse como um fator preditor para tal fenômeno, dessa forma, a avaliação da exposição a estressores se faz importante durante o rastreamento do risco de suicídio (POLANCO-ROMAN *et al.*, 2016).

Frente à ampla gama de situações que podem causar estresse, algumas delas, consideradas causadoras de efeito sobre o comportamento suicida em recente síntese de evidências, são: histórico familiar de suicídio, traumas durante a infância, função executiva prejudicada e problemas durante o sono (O'CONNOR; GARTLAND; O'CONNOR, 2020).

Distúrbios no sono, por sua vez, são sinalizadores de prejuízo à saúde e devem ser considerados na avaliação do risco de suicídio. Conforme Bernert *et al.* (2015), má qualidade do sono, insônia e pesadelos, são importantes fatores de risco modificáveis para ideação suicida, tentativa e morte por suicídio. Em contrapartida, a qualidade de sono adequada demonstrou contribuir para prevenção da tendência suicida em adultos jovens (SOSSO, 2017).

Nesta pesquisa, participantes que não fazem uso de substâncias lícitas ou ilícitas apresentaram 2,975 vezes mais chance de baixo risco de suicídio, quando comparados aos participantes com risco muito elevado de suicídio ($p=0,04$), e 7,172 vezes mais chances de risco elevado de suicídio, em relação àqueles com risco muito elevado ($p=0,03$).

A influência do uso de substâncias psicoativas no comportamento suicida foi confirmada por estudo brasileiro, com uma amostra de 4.225 pessoas, no qual a história de ideação suicida e de tentativa de suicídio apresentou associações estatisticamente significativas com transtorno por uso de álcool, uso de cannabis e consumo de cocaína (ABDALLA *et al.*, 2019).

Em pesquisa conduzida em Washington, Estados Unidos, com 867 pacientes de cuidados primários que relataram uso de drogas nos últimos 90 dias, identificou-se que quase 40% dos sujeitos possuía histórico de tentativa de suicídio durante a vida e 12% relataram ideação suicida nos últimos 30 dias. Além disso, 31% da amostra foi classificada com risco moderado-alto de suicídio, e 9% com alto risco. Aqueles com alto risco de suicídio demonstraram maior gravidade do uso de substâncias, quando comparados aos classificados com risco moderado-alto, moderado-baixo e baixo (CARMEL *et al.*, 2016).

Outra implicação referente ao abuso de drogas é a vulnerabilidade aos transtornos mentais desencadeada por meio deste ato, que eleva as chances de desenvolvimento de transtornos mentais. A associação destes, por sua vez, ou o duplo diagnóstico, eleva substancialmente o risco suicidário (MOREIRA *et al.*, 2020).

Estudo de revisão sistemática aponta que o uso de substâncias psicoativas é um fator de risco para o comportamento suicida fatal e não fatal. Por ser um fator modificável, devem ser empregados esforços na avaliação e no manejo dessa problemática, visto que esse cuidado pode ser um aliado na prevenção de mortes autoprovocadas (BREET; GOLDSTONE; BANTJES, 2018).

Entre os participantes deste estudo, aqueles que não fazem tratamento psicológico ou psiquiátrico demonstraram 8,255 vezes mais chances de risco de suicídio baixo, em comparação àqueles com risco de suicídio muito elevado ($p=0,00$), e 3,872 vezes mais chances de risco de suicídio intermediário, quando comparados aos que apresentaram risco de suicídio muito elevado ($p=0,02$).

Os transtornos mentais são, reconhecidamente, um dos mais importantes fatores de risco para o comportamento suicida. Estimativa revela que

aproximadamente 90% das pessoas que morrem por suicídio possuem um transtorno mental no momento do óbito, e dentre eles, destaca-se a depressão (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

Em estudo desenvolvido em Pelotas, Sul do Brasil, com dados de 3.781 indivíduos, observou-se que 62,8% da amostra tinha um transtorno mental, 22,9% dois transtornos e 14,3% três ou mais transtornos. Todos os agravos mentais apresentaram associação com uma maior probabilidade de risco de suicídio, e o risco mais elevado foi observado naqueles com transtorno depressivo maior, seguido por transtorno de estresse pós-traumático (GOMES *et al.*, 2019).

Estudo de metanálise concluiu que a probabilidade do comportamento suicida é consideravelmente maior nos indivíduos com diagnóstico prévio de distúrbio mental, em comparação aos que não possuem agravo dessa dimensão (TOO *et al.*, 2019). Sendo, portanto, o tratamento adequado desses transtornos, uma das principais estratégias no enfrentamento e prevenção do suicídio, mas que requerem, para além do tratamento, uma série de ações coordenadas e multissetoriais (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

O cuidado aos agravos em saúde mental, especialmente por parte do enfermeiro, deve compreender o indivíduo em seus múltiplos aspectos, sua rede de apoio, contexto de vida e sua percepção sobre cada um deles. Deve prezar-se pelo foco no próprio sujeito, de maneira holística, e não na doença. Essa compreensão se torna necessária para que as ferramentas terapêuticas utilizadas sejam eficazes (LOUREIRO; QUARESMA; SANTOS, 2018).

Participantes deste estudo que não possuem história de violência apresentam 4,954 vezes mais chances de baixo risco de suicídio, em relação aos que pontuaram risco de suicídio muito elevado ($p=0,00$).

A experiência de violência tem demonstrado resultados mais negativos em problemas sociais, psicológicos, e, de modo mais alarmante, no comportamento suicida (DUFORT; STENBACKA; GUMPERT, 2015). Resultados de pesquisa com mulheres residentes em Massachusetts ($n=173$), apontaram que vivência de violência por parceiro íntimo, sexual ou física, foi significativamente associada à ideação suicida ao longo da vida (MARU *et al.*, 2018).

Dados de estudo multicêntrico desenvolvido na Suécia, com 355 participantes, revelaram que ser vítima de violência na idade adulta foi associado à repetição da tentativa de suicídio. Além disso, a experiência de violência durante a

fase adulta aumentou o risco de repetição de tentativa de suicídio, dentro de seis meses, entre participantes do sexo feminino (HAGLUND *et al.*, 2016). De modo geral, esses achados despertam atenção para os prejuízos aos quais a experiência de violência está imbricada, e a necessidade de visibilidade e reconhecimento deste fenômeno como causador de consequências graves, e, até mesmo, fatais.

Nesta pesquisa, os entrevistados que não relataram história de discriminação possuem 3,039 vezes mais chances de baixo risco de suicídio do que aqueles com risco de suicídio muito elevado ($p=0,04$).

A discriminação é, também, uma adversidade que exerce impacto sobre a saúde mental. A discriminação étnica/racial, por exemplo, tem sido relacionada ao aumento de estresse e sintomas depressivos em mulheres na adultez emergente. Há evidências, também, que essa variável pode elevar o risco de comportamento suicida em adultos (POLANCO-ROMAN *et al.*, 2019).

A relação entre discriminação e suicidalidade foi explorada por Oh *et al.* (2019), nos Estados Unidos, com uma amostra de 9.409 participantes, e apontou que um alto nível de discriminação foi associado a, aproximadamente, duas vezes mais chances de relatar ideação suicida durante a vida. Já o nível muito alto de discriminação, aumentou em três vezes esse risco (OH *et al.*, 2019).

Os resultados deste estudo evidenciaram associação estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade e as classificações de risco de suicídio ($p<0,001$). Observou-se, também, que existe diferença entre os níveis de ansiedade quanto ao risco suicida ($p<0,001$), notada entre os indivíduos com nível mínimo de ansiedade em relação aos demais níveis.

Em estudo realizado com 13.884 homens australianos, observou-se que a ansiedade nos últimos 12 meses foi associada ao aumento nas chances de ideação suicida (CURRIER *et al.*, 2016). Em outra abordagem, com 997 adultos que residem em Hong Kong, China, verificou-se que níveis aumentados de ansiedade elevaram o risco de incidência de ideação suicida entre os homens, e foram significativamente associados à probabilidade diminuída de melhora da ideação suicida entre a amostra (ZHANG *et al.*, 2015).

Pesquisa realizada em Portugal, com 456 respondentes, também revela relação entre ansiedade e comportamento suicida, de modo que este comportamento foi mais elevado naqueles que apresentaram níveis de ansiedade

severos, e menor naqueles que apresentavam nível de ansiedade na faixa normal (COENTRE; FARAVELLI; FIGUEIRA, 2016).

Os sintomas de ansiedade requerem atenção, independente de um transtorno de ansiedade diagnosticado. Por serem mais comuns, a presença desses sintomas deve ser considerada na avaliação de risco do suicídio, uma vez que podem apresentar associação. Sabe-se, ainda, que os sintomas de ansiedade podem ser precipitados, mesmo sem, necessariamente, a presença de um transtorno de ansiedade. O autorrelato de algum sintoma ansioso, é, portanto, de relevância durante o rastreamento do comportamento suicida (DIEFENBACH; WOOLLEY; GOETHE, 2009).

Neste estudo, foi identificada uma correlação positiva moderada entre os escores de ansiedade e de risco de suicídio, de modo que, a medida em que uma unidade aumenta no escore de ansiedade, 0,522 é acrescido no escore de risco de suicídio.

A análise do risco de suicídio baseada em diagnósticos psiquiátricos foi avaliada em 6.050 pacientes de um centro psiquiátrico europeu. Dentre 12 transtornos mentais explorados, os participantes com diagnóstico de transtornos de ansiedade exibiram a menor taxa de ideação suicida (8,70%). Na análise do risco relativo de tentativa de suicídio e suicídio baseado em diagnóstico, o transtorno de ansiedade foi o que representou menor risco (BALDESSARINI; TONDO, 2020).

Apesar disso, essa variável não deve ser subestimada, uma vez que evidências científicas têm constatado sua influência sobre o comportamento suicida. Análise de variáveis relacionadas à saúde mental em uma amostra de 1.704 indivíduos, realizada nos Estados Unidos, obteve em seus resultados associação estatística significativa entre sintomas de ansiedade e o aumento da divulgação da ideação ou plano suicida ao longo da vida (BECKER; HOLDAWAY; LUEBBE, 2018).

Em estudo conduzido no Reino Unido, com 414 adultos, os achados demonstraram que o grupo com risco elevado de suicídio apresentava níveis de ansiedade significativamente superiores, em relação ao grupo sem risco. Após aplicação do modelo de regressão logística, a variável ansiedade demonstrou aumento das chances de risco de suicídio elevado (CRAMER *et al.*, 2019).

Outra abordagem, realizada na Etiópia, com 710 participantes, exibiu que a prevalência em 12 meses de ideação suicida atingiu 23,7% da amostra, enquanto 3,9% afirmaram tentativa de suicídio. Quanto aos fatores associados, aqueles

indivíduos com ansiedade demonstraram três vezes mais chances de ideação suicida, e 3,19 vezes mais chances de atentar contra a própria vida, em relação àqueles que não tinham ansiedade (ASFAW *et al.*, 2020).

Por emergir como um estímulo mediante percepções de ameaça, a ansiedade, por vezes, pode ser considerada como inversamente relacionada à autodestruição. No entanto, pesquisadores relatam que pensamentos suicidas podem ser especialmente desencadeados quando seus sintomas se tornam intoleráveis (ENGIN *et al.*, 2009).

Mesmo com os dados já existentes, a influência da ansiedade na previsão do suicídio requer investigações constantes. Em metanálise, observou-se que a ansiedade demonstra estar implicada na ideação suicida e nas tentativas de acabar com a própria vida, mas não na morte por esta causa. Sendo, assim, necessárias mais pesquisas para explicarem a interação entre estes fenômenos (BENTLEY *et al.*, 2016). Contudo, a ansiedade é um fator que deve ser explorado e controlado durante a abordagem do comportamento suicida (COVERT; FRAIRE, 2019).

Vale ressaltar que o ato suicida não é precipitado eventualmente. Por vezes, é diante de situações que ocasionam sofrimento profundo e difícil de suportar, que a morte autoprovocada se expressa como única opção ou solução para seu alívio (CORREIA *et al.*, 2018).

Destaca-se, ainda, que o comportamento suicida pode ser moldado por uma série de aspectos, que perpassam pelas mais diversas dimensões humanas. Desse modo, nota-se a importância de atenção aos fatores apontados como precipitadores do risco suicida, visto que evidências reportam este fenômeno como evitável (TURECKI; BRENT, 2016).

A complexidade do comportamento suicida o configura como desafio aos profissionais de saúde, e, em especial, ao enfermeiro. No entanto, a busca por melhores práticas, bem como a redução do estigma que permeia esta problemática devem ser rotineiras. Deve-se prezar, também, pelo estabelecimento de relação terapêutica holística, de apoio e confiança, para, assim, alcançar sucesso na redução desta adversidade (SANTOS, 2018).

Os indicadores produzidos se somam às evidências científicas disponíveis que buscam compreender agravos em saúde mental e comportamentos de risco. Os fatores associados à ansiedade, ao risco de suicídio, e a interação entre estas variáveis, são resultados que apontam para a necessidade de abrangência na

coordenação do cuidado em saúde mental. Faz-se importante o rastreio e avaliação desses agravos e seus potenciais precipitadores na população adulta, especialmente no âmbito da APS, uma vez que essa atenção pode evitar desfechos graves, e, até mesmo, fatais.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos neste estudo, é possível concluir que a ansiedade apresenta correlação positiva com o risco de suicídio, constituindo-se, portanto, como potencial fator de risco para este agravo. Observou-se que o aumento da intensidade do nível de ansiedade causa elevação do risco suicida, reportando-se como uma implicação para este comportamento.

A amostra do estudo foi composta, em sua maioria, por mulheres, faixa etária adulta jovem, com companheiro em convívio no mesmo lar e com filhos. A maior parte dos participantes se autodeclararam pardos, tinham, em média, 10,43 anos de estudo, renda calculada em até dois salários mínimos, não trabalhavam, possuíam religião e exerciam prática religiosa.

Maior proporção dos indivíduos frequentava serviços de saúde uma vez ao mês, 33,5% tinham alguma morbidade, 49,7% vivenciaram algum evento estressor nos últimos 12 meses e 38,7% apresentavam problemas com o sono. O uso de substâncias psicoativas foi reportado por 20,8% da amostra, realização de tratamento psicológico ou psiquiátrico por 18,5%, e uso de tratamento alternativo por 4,1%. Praticavam atividade física 42,3% dos entrevistados. Histórico de vivência de violência atingiu 20,5% destes, e história de discriminação foi afirmada por 16,4%.

O nível de ansiedade mínimo predominou entre a amostra (68,3%), o nível leve atingiu 18,4%, o nível moderado 9,2%, e 4,1% apresentaram nível grave. Esses níveis apresentaram associação significativa com as variáveis: sexo, evento estressor, ter problemas no sono, realizar tratamento psicológico/psiquiátrico e tratamento alternativo, praticar atividade física, ter sofrido violência e discriminação.

Quanto ao risco de suicídio, maior parte dos entrevistados foi classificado com baixo risco (80,8%), 10,0% tinham risco intermediário, 4,1% risco elevado, e 5,1% risco de suicídio muito elevado. Associaram-se a esse risco as variáveis: estado civil, evento estressor, ter problemas com o sono, uso de substâncias lícitas/ilícitas, realizar tratamento psicológico/psiquiátrico, ter sofrido violência e ter sofrido discriminação.

Os resultados apontam para o cenário privilegiado que a atenção básica representa no rastreamento de informações e detecção de agravos em saúde mental na população adulta. Demonstrem, também, que fatores prejudiciais, podem ser facilmente identificados e monitorados nos serviços de saúde primários.

A hipótese levantada por esta pesquisa foi confirmada, uma vez que se detectou associação entre os níveis de ansiedade e o risco de suicídio em adultos. Estas variáveis apresentaram uma correlação positiva moderada, de modo que o acréscimo de uma unidade no escore de nível de ansiedade eleva 0,522 no risco de suicídio.

Os achados deste estudo demonstram que a ansiedade, quando em níveis elevados, pode potencializar as chances de risco de suicídio. Frente a esses dados, reitera-se a necessidade de cuidado em saúde mental, especialmente na APS. É necessária abordagem sensível e abrangente, na busca de minimizar os efeitos prejudiciais destes fatores, que podem resultar, inclusive, na autorresponsabilidade pelo fim da vida.

Com base no exposto, acredita-se que esta pesquisa dispõe de informações que podem subsidiar políticas públicas e estratégias para o cuidado em saúde mental e enfrentamento do comportamento suicida. Pode contribuir, também, para direcionamento de enfermeiros e outros profissionais de saúde acerca de suas práticas, especialmente aquelas relacionadas à ansiedade, ao risco suicida e aos fatores associados a esses fenômenos, com destaque para a prevenção e identificação desses agravos. Para além, espera-se, com este estudo, ampliar os debates e suscitar a realização de outras investigações científicas acerca das temáticas abordadas.

Apesar do rigor empregado na condução desta pesquisa, pode-se considerar como limitação o delineamento transversal, que não permite estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis exploradas.

Para pesquisas futuras, sugere-se a utilização de outros delineamentos, como o longitudinal, para investigar de maneira mais aprofundada a interação entre ansiedade e risco suicida, e estudos de intervenção, com finalidade de estimar práticas e ferramentas que minimizem os impactos negativos em pessoas atingidas por essas adversidades, e favorecer, além de saúde mental, qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AALBERS, S. *et al.* Music therapy for depression. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, CD004517, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>. Acesso em: 15 de outubro de 2020.
- ABDALEATI, N. S.; ZAHARIM, N. M.; MYDIN, Y. O. Religiousness and Mental Health: Systematic Review Study. **J Relig Health.**, v. 55, n. 6, p. 1929-1937, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9896-1>. Acesso em: 06 de outubro de 2020.
- 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**, v. 41, n. 5, p. 437-440, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0054>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.
- ABREU, A. M. M.; MARINHO, G. L.; JOMAR, R. T. Necessidade de intervenção breve por uso de álcool, tabaco e outras drogas entre usuários da atenção primária à saúde. **J. bras. psiquiatr.**, v. 66, n. 2, p. 104-110, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000157>. Acesso em: 03 de outubro de 2020.
- AKBARIZADEH, F. *et al.* Marriage Related Suicide Fatality Rates. **Iranian Journal of Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 54–59, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31114618/>. Acesso em: 21 de outubro de 2020.
- ALBUQUERQUE, F. P.; BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L. B. Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 531-539, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004324>. Acesso em: 13 de outubro de 2020.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00129519, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129519>. Acesso em: 07 de junho de 2020.
- ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, A. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis**, v. 29, n. 4, e290405, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290405>. Acesso em: 05 de junho de 2020.
- ALVARO, P. K.; ROBERTS, R. M.; HARRIS, J. K. A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. **Sleep**, v. 36, n. 7, p. 1059–1068, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5665/sleep.2810>. Acesso em: 19 de outubro de 2020.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Sau. Pub.**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 de outubro de 2020.

ALVES, D. F. A. *et al.* Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. **Rev. Katálysis**, v. 23, n. 1, p. 165-179, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p165>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-74, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 01 de junho de 2020.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ANDERSON, J.; MITCHELL, P. B.; BRODATY, H. Suicidality: prevention, detection and intervention. **Aust Prescr.**, v. 40, n. 5, p. 162–166, 2017. Disponível em: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/suicidality-prevention-detection-and-intervention>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

ANDRADE, J. V. *et al.* Ansiedade, um dos problemas do século XXI. **Revista de Saúde da ReAGES**, v. 2, n. 4, p. 34-39, 2019. Disponível em: <http://npu.faculdadeages.com.br/index.php/revistadesaude/article/view/220>. Acesso em: 1 de agosto de 2019.

APÓSTOLO, J. L. A. *et al.* Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 348-353, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200017>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

ARAGÃO, E. I. S. *et al.* Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2339-50, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21012016>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

ASFAW, H. *et al.* Prevalence and associated factors of suicidal ideation and attempt among undergraduate medical students of Haramaya University, Ethiopia. A cross sectional study. **PloS One**, v. 15, n. 8, e0236398, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236398>. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

AYANO, G. Significance of mental health legislation for successful primary care for mental health and community mental health services: A review. **Afr J Prim Health Care Fam Med.**, v. 10, n. 1, p. 1429, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1429>. Acesso em: 30 de maio de 2020.

BACHMANN, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 15, n. 7, 1425, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>. Acesso em: 06 de outubro de 2020.

BALDESSARINI, R. J.; TONDO, L. Suicidal Risks in 12 DSM-5 Psychiatric Disorders. **J Affect Disord.**, v. 271, p. 66-73, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.083>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

BANDELOW, B.; MICHAELIS, S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. **Dialogues Clin Neurosci.**, v. 17, n. 3, p. 327-35, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610617/pdf/DialoguesClinNeurosci-17-327.pdf>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2020.

BANDELOW, B.; MICHAELIS, S.; WEDEKIND, D. Treatment of anxiety disorders. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 19, n. 2, p. 93-107, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 56, n. 6, p. 893–897, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>. Acesso em: 05 de abril de 2019.

BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Anxiety Inventory**. Manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BECKER, S. P.; HOLDAWAY, A. S.; LUEBBE, A. M. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. **The Journal of Adolescent Health**, v. 63, n. 2, p. 181–188, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.013>. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

BEGHI, M. *et al.* Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. **Neuropsychiatr Dis Treat.**, v. p, p. 1725-1736, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/NDT.S40213>. Acesso em: 09 de maio de 2019.

BENJET, C. *et al.* Associations between neighborhood-level violence and individual mental disorders: Results from the World Mental Health surveys in five Latin American cities. **Psychiatry Res.**, v. 282, 112607, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112607>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

BENTLEY, K. H. *et al.* Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. **Clin Psychol Rev.**, v. 43, p. 30-46, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008> Acesso em: 20 de abril de 2020.

BERNERT, R. A. *et al.* Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. **Current Psychiatry Reports**, v. 17, n. 3, 554, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0554-4>. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181–185, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

BILSEN, J. Suicide and Youth: Risk Factors. **Front Psychiatry**, v. 9, 540, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>. Acesso em: 03 de junho de 2020.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67-72, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317721495_Diferencas_de_genero_no_acesso aos servicos de saude problematizacoes necessarias/link/594a876caca2723195de74e8/download. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humano. **Resolução 466 /2012**. Brasília, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 12 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil**. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: 2006. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>. Acesso em: 26 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020**. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019b. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Brasília, 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5ª ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. Acesso em: 25 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Suicídio: saber, agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico, v.48, n.30. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 02 de junho de 2019.

BREET, E.; GOLDSTONE, D.; BANTJES, J. Substance use and suicidal ideation and behaviour in low- and middle-income countries: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, 549, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5425-6>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

CALLOU FILHO, R. C. *et al.* Estratégia Saúde da Família: satisfação dos usuários no município de Fortaleza-CE. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 339-346, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2017v10n2p339-346>. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 5, p. 2101-08, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>. Acesso em: 04 de junho de 2020.

CARMEL, A. *et al.* Suicide risk and associated demographic and clinical correlates among primary care patients with recent drug use. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 42, n. 3, p. 351–357, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/00952990.2015.1133634>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

CARVALHO, J. L. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 4, e2017-0014, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0014>. Acesso em: 11 de outubro de 2020.

CASTAÑEDA, C. *et al.* Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. **Enfermería Universitaria**, v.12, n. 3. p. 102-109, 2015. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000391>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

CHAND, S. P.; MARWAHA, R. **Anxiety**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>. Acesso em: 15 de outubro de 2020.

CHAVES, E. C. L. *et al.* Anxiety and spirituality in university students: a cross-sectional study. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 504-09, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300504&lng=en. Acesso em: 10 de julho de 2019.

CHAVES NETO, G. *et al.* Avaliação da ansiedade em enfermeiros da atenção básica. **Rev enferm UFPE online**, v. 8, n. 12, p. 4345-52, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10182/10729>. Acesso em: 1 de junho de 2019.

CHOUÉIRY, N. *et al.* Insomnia and Relationship with Anxiety in University Students: A Cross-Sectional Designed Study. **PloS one**, v. 11, n. 2, e0149643, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149643>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.

COENTRE, R.; FARAVELLI, C.; FIGUEIRA, M. L. Assessment of depression and suicidal behaviour among medical students in Portugal. **International Journal of Medical Education**, v. 7, p. 354–363, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5116/ijme.57f8.c468>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

COMBS, H.; MARKMAN, J. Anxiety Disorders in Primary Care. **Med Clin North Am.**, v. 98, n. 5, p. 1007-23, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.003>. Acesso em: 07 de junho de 2020.

CONDORELLI, R. Social complexity, modernity and suicide: an assessment of Durkheim's suicide from the perspective of a non-linear analysis of complex social systems. **Springerplus**, v. 5, n. 374, p. 1-56, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4807205/pdf/40064_2016_Article_1799.pdf. Acesso em: 12 de agosto de 2019.

CONTE, M. *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n8/2017-2026/>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

CORREIA, C. M. *et al.* Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, v. 14, n. 4, p. 219-225, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.151401>. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

COSTA, A. P. C. *et al.* Associação entre tabagismo e condições de saúde em mulheres. **Rev Enferm UFPI**, v. 7, n. 4, p. 15-21, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7331/pdf>. Acesso em: 11 de agosto de 2019.

COSTA, C. O. *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **J. bras. psiquiatr.**, v. 68, n. 2, p. 92-100, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>. Acesso em: 07 de outubro de 2020.

COSTA, D. S. *et al.* Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Estudantes de Medicina e Estratégias Institucionais de Enfrentamento. **Rev. bras. educ. med.**, v. 44, n. 1, e040, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190069>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

COSTA-JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, n. 23, p. 97-117, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

COVERT, D.; FRAIRE, M. G. The role of anxiety for youth experiencing suicide-related behaviors. **Children's Health Care**, v. 48, n. 4, p. 351-371, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1630284>. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

CRAMER, R. J. *et al.* Preferences in Information Processing and suicide: Results from a young adult health survey in the United Kingdom. **Int J Soc Psychiatry**, v. 65, n. 1, p. 46-55, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764018815206>. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

CROCQ, M. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. **Dialogues Clin Neurosci.**, v. 17, n. 3, 319–25, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC4610616/>. Acesso em: 1 de setembro de 2019.

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

CUNHA, N. B. *et al.* Ansiedade e desempenho escolar no ensino fundamental I. **Educação**, v. 42, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1171/117153744012/html/index.html>. Acesso em: 21 de agosto de 2019.

CURRIER, D. *et al.* Life stress and suicidal ideation in Australian men - cross-sectional analysis of the Australian longitudinal study on male health baseline data. **BMC Public Health**, v. 16, sup. 3, 1031, p. 43-49, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3702-9>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

CUTCLIFFE J.R.; BARKER P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. **J Psychiatr Ment Health Nurs.**, v.

11, n. 4, p. 393-400, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15255912> Acesso em: 2 de maio de 2019.

DIEFENBACH, G. J.; WOOLLEY, S. B.; GOETHE, J. W. The association between self-reported anxiety symptoms and suicidality. **J Nerv Ment Dis.**, v. 197, n. 2, p. 92-97, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318196127c>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

DIETRICH, A.; COLET, C. F.; WINKELMANN, E. R. Perfil de saúde dos usuários da rede de atenção básica baseado no cadastro individual e-SUS. **Rev Fund Care Online.**, v. 11, n. 5, p. 1266-1271, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>. Acesso em: 03 de outubro de 2020.

DUFORT, M.; STENBACKA, M.; GUMPERT, C. H. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 3, p. 413–418, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku198>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

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

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

EISENBARTH, H. *et al.* The influence of stressful life events, psychopathy, and their interaction on internalizing and externalizing psychopathology. **Psychiatry Res.**, v. 272, p. 438–446, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.145>. Acesso em: 07 de outubro de 2020.

EMERICH, F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e170521, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.170521>. Acesso em: 06 de junho de 2020.

ENGIN, E. *et al.* University students' suicidal thoughts and influencing factors. **J Psychiatr Ment Health Nurs.**, v. 16, n. 4, p. 343-354, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01377.x>. Acesso em: 27 de outubro de 2020.

FAÇANHA, J.; SANTOS, J. C.; CUTCLIFFE, J. Assessment of Suicide Risk: Validation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Index for the Portuguese Population. **Arch Psychiatr Nurs.**, v. 30, n. 4, p. 470-475, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.009>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

FERREIRA JÚNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 1, p. 15-28, 2015. Disponível em: <https://docplayer.com.br/6930969-O-comportamento-suicida-no-brasil-e-no-mundo.html>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

FÉLIX, T. A. *et al.* Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 31, p. 174-85, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.173-185>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LOURENCO, M. S. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 26, n. 4, p. 904-14, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1162>. Acesso em: 09 de junho de 2020.

FERNANDES, M. A. *et al.* Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. **Rev enferm UFPE online**, v. 11, n. 10, p.3836-44, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25366/24308>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

FERRARA, P. *et al.* Psychometric properties of the Italian version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale. **Riv Psichiatr.**, v. 54, n. 1, p. 31-36, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1708/3104.30938>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

FJELDSTED, R. *et al.* Suicide in Relation to the Experience of Stressful Life Events: A Population-Based Study. **Archives of Suicide Research**, v. 21, n. 4, p. 544-555, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1259596>. Acesso em: 07 de outubro de 2020.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14269>. Acesso em: 03 de outubro de 2020.

FORSELL, Y.; JORM, A. F.; WINBLAD, B. Suicidal thoughts and associated factor in elderly population. **Acta Psychiatr Scand**, v. 95, n. 2, p. 108-11, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9065674>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

FRIDH, M.; LINDSTRÖM, M.; ROSVALL, M. Experience of physical violence and mental health among young men and women: a population-based study in Sweden. **BMC Public Health.**, v. 14, 29, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-29>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (FMS). **Unidade Básica de Saúde**. 2017. Disponível em: <http://fms.teresina.pi.gov.br/historico>. Acesso em: 30 de abril de 2019.

GARCIA, G. D. V. *et al.* Percepção dos profissionais de saúde sobre saúde mental na atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 1, e20180201, 2020. Disponível

em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-02011>. Acesso em: 11 de junho de 2020.

GEOFFROY, P. A. *et al.* Shorter and longer durations of sleep are associated with an increased twelve-month prevalence of psychiatric and substance use disorders: Findings from a nationally representative survey of US adults (NESARC-III). **Journal of Psychiatric Research**, v. 124, p. 34-41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.018>. Acesso em: 08 de outubro de 2020.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GILL, M. *et al.* Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. **Journal of Affective Disorders**, v. 245, p. 152–162, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

GIMBO, L. M. P.; DIMENSTEIN, M. D. B.; LEITE, J. F. O manicômio no cariri cearense: análise arqueogenalógica de sua abertura e fechamento. **Rev. Subj.**, v. 19, n. 1, p. 115-28, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i1.e6587>. Acesso em: 02 de junho de 2020.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2013 COLLABORATORS (GBD). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 386, n. 9995, p. 743-800, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4). Acesso em: 08 de junho de 2020.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE COLLABORATIVE NETWORK. **Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) results**. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Acesso em: 11 de junho de 2020.

GOLDSTEIN-PIEKARSKI, A. N.; WILLIAMS, L. M.; HUMPHREYS, K. A trans-diagnostic review of anxiety disorder comorbidity and the impact of multiple exclusion criteria on studying clinical outcomes in anxiety disorders. **Translational Psychiatry**, v. 6, n. 6, e847, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/tp.2016.108>. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

GOMES, A. P. *et al.* Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, 96, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.20190530012356>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 2043-53, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900010>. Acesso em: 06 de junho de 2020.

GOODWIN, R. D. *et al.* Trends in anxiety among adults in the United States, 2008–2018: Rapid increases among young adults. **J Psychiatr Res.**, v. 130, p. 441-446, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.014>. Acesso em: 09 de dezembro de 2020.

GRUNDSØE, T. L.; PEDERSEN, M. L. Risk factors observed in health care system 6 months prior completed suicide. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 78, n. 1, 1617019, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1617019>. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, 17s, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007070>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

GUIMARÃES, A. M. V. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 115-128, 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2611>. Acesso em: 11 de julho de 2019.

HAGLUND, A. *et al.* Interpersonal violence and the prediction of short-term risk of repeat suicide attempt. **Scientific Reports**, v. 6, 36892, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/srep36892>. Acesso em: 25 de outubro de 2020.

HASSANZADEH, A. *et al.* Association of Stressful Life Events with Psychological Problems: A Large-Scale Community-Based Study Using Grouped Outcomes Latent Factor Regression with Latent Predictors. **Comput Math Methods Med.**, v. 2017, 3457103, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2017/3457103>. Acesso em: 17 de outubro de 2020.

HAUGE, L. J. *et al.* Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006–2015. **BMC Health Serv Res.**, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3419-9>. Acesso em: 14 de junho de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Piauí**: dados sociodemográficos e econômicos. Brasília, 2017. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/disseminacao/locaisdeatendimento/locais_atendimento.php?uf=pi. Acesso em: 20 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques>>. Acesso em: 11 de novembro de 2020.

JOINER, T. **Why people die by suicide**. Cambridge: Harvard University Press, 2005.

KALLAKURI, S. *et al.* Common mental disorders and risk factors in rural India: baseline data from the SMART mental health project. **BJPsych Open.**, v. 22, n. 4, p. 192-198, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.28>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

KANDOLA, A. *et al.* Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. **Current Psychiatry Reports**, v. 20, n. 8, 63, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0923-x>. Acesso em: 15 de outubro de 2020.

KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta paul. enferm.**, v. 32, n. 2, p. 186-193, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>. Acesso em: 03 de outubro de 2020.

KHAN, I. W. *et al.* Generalized Anxiety disorder but not depression is associated with insomnia: a population based study. **Sleep Science**, v. 11, n. 3, p. 166–173, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180031>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento?. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, supl. 2, p. s43-s50, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003>. Acesso em: 15 de outubro de 2020.

KIVIMÄKI, M. *et al.* Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. **Lancet Public Health**, v. 5, n. 3, e140-e149, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8). Acesso em: 04 de outubro de 2020.

KLIEMANN, A.; BÖING, E.; CREPALDI, M. A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 69-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

KOCABAS, O. *et al.* The association of lifetime suicide attempts with anxiety disorders in patients with bipolar disorder. **J Psychiatr Pract.**, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30633727>. Acesso em: 2 de maio de 2019.

KOGAN, C. S. *et al.* The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. **Depress Anxiety.**, v. 33, n. 12, p. 1141-54, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez17.periodicos.capes.gov.br/pubmed/27411108>. Acesso em: 20 de julho de 2019.

KPOSOWA, A. J.; EZZAT, D. A.; BREAUULT, K. D. Marital status, sex, and suicide: new longitudinal findings and Durkheim's marital status propositions. **Sociological**

Spectrum, v. 40, n. 2, p. 81-98, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02732173.2020.1758261>. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

LAHOUSEN, T.; KAPFHAMMER, H. Anxiety Disorders - Clinical and Neurobiological Aspects. **Psychiatr Danub.**, v. 30, n. 4, p. 479-90, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.479>. Acesso em: 11 de maio de 2020.

LEE, S. H. *et al.* The association between perceived discrimination and depression/anxiety disorders among Korean workers: analysis of the third Korean Working Conditions Survey. **Annals of Occupational and Environmental Medicine**, v. 28, 32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40557-016-0121-4>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

LIMA, A. M.; SOUZA, A. C.; SILVA, A. L. A. Desinstitucionalização e rede de serviços de saúde mental: uma nova cena na assistência à saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, supl. 1, e20180964, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0964>. Acesso em: 04 de junho de 2020.

LINHARES, L. M. S *et al.* Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência ao comportamento suicida. **Rev Saude Publica.**, v. 53, n. 48, p. 1-14, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000888>. Acesso em: 24 de maio de 2019.

LOUREIRO, C.; QUARESMA, H.; SANTOS, J. C. Psychiatric/Mental Health Nursing Core Competencies: Communication Skills. In: SANTOS, J. C.; CUTCLIFFE, J. R. **European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century**. A Person-Centred Evidence-Based Approach. Berlim: Springer, 2018. cap. 20, p. 259-267.

LOVE, A. S.; LOVE, R. Anxiety Disorders in Primary Care Settings. **Nurs Clin North Am.**, v. 54, n. 4, p. 473-493, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.07.002>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>. Acesso em: 04 de outubro de 2020.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>. Acesso em: 01 de junho de 2020.

MAFTUM, M. A. *et al.* Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Rev Fund Care Online**, v.9, n. 2, p. 309-14, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626>. Acesso em: 05 de junho de 2020.

MAGALHÃES, J. R. F. *et al.* Repercussões da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 1, e20180228, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0228>. Acesso em: 15 de outubro de 2020.

MAJUMDAR, A.; RAMYA, S.; RAMAKRISHNAN, J. Depression, anxiety, and bodily pain independently predict poor sleep quality among adult women attending a primary health center of Puducherry, India. **J Family Med Prim Care**, v. 8, n. 11, p. 1182-8, 2019. Disponível em: <http://www.jfmprc.com/text.asp?2019/8/3/1182/254846>. Acesso em: 2 de maio de 2019.

MARCOLAN, J. F. For a public policy of surveillance of suicidal behavior. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, supl. 5, p. 2479-83, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

MARGIS, R. *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 25, supl. 1, p. 65-74, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>. Acesso em: 07 de outubro de 2020.

MARTINS, A. C.; FERNANDES, C. R. Mortalidade por agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente: reflexões sobre a realidade brasileira. **Rev Saude Foco**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/163/177>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

MARTINS JUNIOR, D. F. *et al.* Suicide attempts in Brazil, 1998–2014: an ecological study. **BMC Public Health.**, v. 16, 990, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3619-3>. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

MARU, M. *et al.* The Relationship Between Intimate Partner Violence and Suicidal Ideation among Young Chinese, Korean, and Vietnamese American Women. **Women & Therapy**, v. 41, n. 3-4, p. 339–355, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02703149.2018.1430381>. Acesso em: 25 de outubro de 2020.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; FERMOSELI, A. F. O. Prevalência de ansiedade e depressão em idosos de baixa escolaridade em Maceió/Al. **Psic., Saúde & Doenças**, v.18, n. 3, p. 801-13, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180314>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, 32, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006912>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

METZLER, D. H.; MAHONEY, D.; FREEDY, J. R. Anxiety Disorders in Primary Care. **Prim Care.**, v. 43, n. 2, p. 245-261, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.02.002>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

MIKKELSEN, K. *et al.* Exercise and mental health. **Maturitas**, v. 106, p. 48-56, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.09.003>. Acesso em: 11 de outubro de 2020.

MILIAUSKAS, C. R. *et al.* Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1935-1944, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.18862017>. Acesso em: 11 de junho de 2020.

MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B.; MANGAS, R. M. N. Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1393-1404, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01422019>. Acesso em: 18 de maio de 2019.

MONTIEL, J. M. *et al.* Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 34, n. 86, p. 171-85, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000100012. Acesso em: 2 de maio de 2019.

MOREIRA, R. M. M. *et al.* Transtorno mental e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas: uma revisão integrativa. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.158433>. Acesso em: 08 de outubro de 2020.

NÓBREGA, M. P. S. S.; MANTOVANI, G. S.; DOMINGOS, A. M. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 1, e20170864, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0864>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

NUGENT, A. C. *et al.* Research on the pathophysiology, treatment, and prevention of suicide: practical and ethical issues. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, 332, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2301-6>. Acesso em: 08 de outubro de 2020.

NUNES, V. V. *et al.* Saúde mental na atenção básica: atuação do enfermeiro na rede de atenção psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, supl. 1, e20190104, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

O'CONNOR, D. B.; GARTLAND, N.; O'CONNOR, R. C. Stress, cortisol and suicide risk. **Int Rev Neurobiol.**, v. 152, p. 101-130, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.006>. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

O'CONNOR, R. C. *et al.* Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults. **BJPsych Open**, v. 4, n. 3, p. 142-48, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.14>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

OH, H. *et al.* Discrimination and suicidality among racial and ethnic minorities in the United States. **Journal of Affective Disorders**, v. 245, p. 517-523, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.059>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

OLIVEIRA, E. C. *et al.* O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, e20160040, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0040>. Acesso em: 03 de junho de 2020.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Aspectos epidemiológicos e o cuidado de Enfermagem na tentativa de suicídio. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 184-92, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967/723>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

OLIVEIRA, G. C. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: a visão de apoiadores e enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 41, n. spe, e20190081, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190081>. Acesso em: 06 de junho de 2020.

ONEIB, B. *et al.* Suicidal ideations, plans and attempts in primary care: cross-sectional study of consultants at primary health care system in Morocco. **The Pan African Medical Journal**, v. 24, 274, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.274.9060>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

PACHTER, L. M. *et al.* Discrimination and Mental Health in a Representative Sample of African-American and Afro-Caribbean Youth. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 5, n. 4, p. 831-837, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0428-z>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

PANDEY, A. R. *et al.* Factors associated with suicidal ideation and suicidal attempts among adolescent students in Nepal: Findings from Global School-based Students Health Survey. **PLoS One**, v. 14, n. 4, e0210383. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6474648/>. Acesso em: 3 de junho de 2019.

PEDROSA, N. F. C. *et al.* Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará, Brasil. **J. Health Biol Sci.**, v. 6, n. 4, p. 399-404, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.2068.p399-404.2018>. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

PEREIRA, A. S. *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3767-3777, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103767&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 de julho de 2019.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. F. N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**, v. 24, supl. 1, e190664, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190664>. Acesso em: 09 de outubro de 2020.

PERILLO, R. D. *et al.* Fatores associados à utilização da atenção primária pela população adulta de Belo Horizonte, Minas Gerais, segundo inquérito telefônico. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 24, e-1300, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200030>. Acesso em: 03 de outubro de 2020.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS**. 3. ed. Lisboa: Sílabo, 2003.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-89, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 05 de junho de 2020.

POLANCO-ROMAN, L. *et al.* Racial/Ethnic Discrimination and Suicidal Ideation in Emerging Adults: The Role of Traumatic Stress and Depressive Symptoms Varies by Gender not Race/Ethnicity. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 48, n. 10, p. 2023-2037, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01097-w>. Acesso em: 25 de outubro de 2020.

POLANCO-ROMAN, L. *et al.* Stress-Related Symptoms and Suicidal Ideation: The Roles of Rumination and Depressive Symptoms Vary by Gender. **Cognitive Therapy and Research**, v. 40, n. 5, p. 606–616, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9782-0>. Acesso em: 22 de outubro de 2020.

PORTUGAL, F. B. *et al.* Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 21, n. 2, p. 497-508, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20032015>. Acesso em: 15 de outubro de 2020.

PURAS, D.; GOODING, P. Mental health and human rights in the 21st century. **World Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 42-43, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20599>. Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

REHM, J.; SHIELD, K. D. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. **Curr Psychiatry Rep.**, v. 21, n. 2, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>. Acesso em: 14 de junho de 2020.

RIBEIRO, W. S. *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, supl. 2, p. S49-S57, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>. Acesso em: 13 de outubro de 2020.

ROTHES, I.; HENRIQUES, M. Health Professionals Facing Suicidal Patients: What Are Their Clinical Practices? **Int J Environ Res Public Health**, v. 15, n. 6, 1210, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15061210>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

SANTOS, A. G.; MONTEIRO, C. F. S. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3099, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2740.3099>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

SANTOS, J. C. **Suicide and Self-Harm**. In: SANTOS, J. C.; CUTCLIFFE, J. R. **European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century**. A Person-Centred Evidence-Based Approach. Berlim: Springer, 2018. cap. 32, p. 441-452.

SANTOS, R. S. *et al.* A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 742-8, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11995/14564>. Acesso em: 8 de junho de 2019.

SANTOS, W. S. *et al.* A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 17, n. 3, p. 515-526, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170316>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

SHEPARDSON, R. L. *et al.* Suicide risk among Veteran primary care patients with current anxiety symptoms. **Family Practice**, v. 36, n. 1, p. 91-95, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmy088>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

SHNEIDMAN, E. S. **Comprehending suicide**. Washington: American Psychological Association, 2001.

SILVA FILHO, J. A. *et al.* Assistência em Saúde Mental para além da Medicalização: Revisão Integrativa. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 42, p. 641-658, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i42.1355>. Acesso em: 10 de outubro de 2020.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. *et al.* Ideação suicida e consumo de drogas ilícitas por mulheres. **Acta paul. enferm.**, v. 31, n. 3, p. 321-326, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800045>. Acesso em: 11 de Agosto de 2019.

SILVA, N. K. N. *et al.* Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

SILVA, P. M. C. *et al.* Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Rev Cuid.**, v. 10, n. 1, e617, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.617>. Acesso em: 11 de junho de 2020.

SLAVICH, G. M. Life Stress and Health: A Review of Conceptual Issues and Recent Findings. **Teaching of Psychology**, v. 43, n. 4, p. 346–355, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0098628316662768>. Acesso em: 17 de outubro de 2020.

SOSSO, F. A. E. Neurocognitive Game between Risk Factors, Sleep and Suicidal Behaviour. **Sleep Science**, v. 10, n. 1, p. 41–46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20170007>. Acesso em: 23 de outubro de 2020.

SOUSA, A. R. *et al.* Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

SOUSA, J. F. *et al.* Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros. **Rev. Cuid.**, v. 10, n. 2, p. 1-15, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/>. Acesso em: 15 de maio de 2019.

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHAO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1677-82, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>. Acesso em: 12 de junho de 2020.

SOUZA, L. P. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 18, p. 59-66, 2017a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0193>. Acesso em: 07 de junho de 2020.

SOUZA, M. L. Registro de distúrbios mentais no Sistema de Informação da Atenção Básica do Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, p. 405-410, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000200018>. Acesso em: 08 de junho de 2020.

STANSFELD, S. A. *et al.* Exposure to violence and mental health of adolescents: South African Health and Well-being Study. **BJPsych open**, v. 3, n. 5, p. 257–264, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.004861>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

STENE-LARSEN, K.; RENEFLØT, A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. **Scand J Public Health**, v. 47, n. 1, p. 9-17, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

STRÖHLE, A.; GENSICHEN, J.; DOMSCHKE, K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 155, n. 37, p. 611–620, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

THYLOTH, M.; SINGH, H.; SUBRAMANIAN, V. Increasing burden of mental illnesses across the globe: current status. **Indian J Soc Psychiatry**, v. 32, n. 3, p. 254-56, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0971-9962.193208>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

TOO, L. S. *et al.* The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. **J Affect Disord.**, v. 259, p. 302-

313, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.054>. Acesso em: 24 de outubro de 2020.

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO-CAMPOS R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 19, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059>. Acesso em: 01 de junho de 2020.

TURECKI, G.; BRENT, D. A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet**, v. 387, n. 10024, p. 1227–1239, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2). Acesso em: 27 de outubro de 2020.

VANCAMPFORT, D. *et al.* Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord.**, v. 225, p. 438-448, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.070>. Acesso em: 12 de outubro de 2020.

VELOSO, L. U. P. *et al.* Prevalência de ansiedade em profissionais de enfermagem de urgência e emergência. **Rev enferm UFPE online**, v.10, n. 11, p. 3969-76, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

VELOSO, L. U. P. **Validação do índice Nurses Global Assessment Risk Suicide para a população adulta atendida na atenção primária.** 2020. Tese (Tese de Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina. Disponível em: https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=345. Acesso em: 20 de março de 2020.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true burden of mental illness. **Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 171-78, 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2). Acesso em: 10 de junho de 2020.

VILLANUEVA, P. **La educación de adultos hoy.** Necesidad y perspectiva de cambio. Valencia: Promolibro, 1987.

VINES, A. I. *et al.* Perceived Racial/Ethnic Discrimination and Mental Health: a Review and Future Directions for Social Epidemiology. **Current Epidemiology Reports**, v. 4, n. 2, p. 156–165, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40471-017-0106-z>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

VITORINO, L. M. *et al.* The association between spirituality and religiousness and mental health. **Scientific reports**, v. 8, n. 1, 17233, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>. Acesso em: 06 de outubro de 2020.

WAISELFISZ, 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: 1 de maio de 2019.

WAKIDA, E. K. *et al.* Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. **Syst Rev.**, v. 7, n. 1, p. 1-13, 2018. Disponível em: [10.1186/s13643-018-0882-7](https://doi.org/10.1186/s13643-018-0882-7). Acesso em: 29 de maio de 2020.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. **Interface (Botucatu)**, v.19, n. 55, p. 1121-1132, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>. Acesso em: 05 de junho de 2020.

XIMENES, C. R.; NEVES, G. M. B. Transtornos de ansiedade: importância da avaliação psicológica no diagnóstico e tratamento. **Revista UNI-RN**, v.18, n. 2, p. 121-38, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.unirn.edu.br/index.php/revistaunirn/article/view/513>. Acesso em: 21 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva, 2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Acesso em: 3 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1 Acesso em: 2 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide in the world: Global Health Estimates**. Geneva, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>. Acesso em: 2 de outubro de 2020.

WU, Z.; FANG, Y. Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. **Shanghai Archives of Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 227-231, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2014.04.006>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.

YAZDI, M. *et al.* Association of stressful life events and psychological problems profile: Results from a large-scale cross-sectional study among Iranian industrial employees using Bayesian quantile structural equation model. **EXCLI J.**, v. 17, p. 620-633, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17179/excli2018-1051>. Acesso em: 17 de outubro de 2020.

ZALSMAN, G. Suicide: epidemiology, etiology, treatment and prevention. **Harefuah**, v. 158, n. 7, p. 468-72, 2019. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/31339248>. Acesso em: 23 de agosto de 2019.

ZANARDO, G. L. P.; LEITE, L. S.; CADONÁ, E. Política de Saúde Mental No Brasil: Reflexões a partir da Lei 10.216 e da Portaria 3.088. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.9, n.24, p.1-21, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69591/41678>. Acesso: 01 de junho de 2020.

ZHANG, Y. *et al.* Association Between Changes in Risk Factor Status and Suicidal Ideation Incidence and Recovery. **Crisis**, v. 36, n. 6, p. 390-398, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000343>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

ZHOU, Y. *et al.* Comorbid generalized anxiety disorder and its association with quality of life in patients with major depressive disorder. **Scientific Reports**, v. 7, 40511. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/srep40511>. Acesso em: 19 de outubro de 2020.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI.

Pesquisador responsável: Prof. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Instituição executora: UFPI / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86)3215- 5558

Pesquisadores participantes: Aline Raquel de Sousa Ibiapina; Ana Paula Cardoso Costa; Lorena Uchoa Portela Veloso; Lorraine de Almeida Gonçalves

Telefones para contato: (86) 999263313; 99793569; 99023975

Local da coleta de dados: UBSs da cidade Teresina- Piauí.

Prezado (a) Sr. (a),

O Sr(a) é vosso convidado(a) a responder às perguntas deste instrumento de coleta de dados de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos à sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. O Sr(a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Objetivos do estudo

Objetivo Geral

Analisar o impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta atendida na atenção básica do município de Teresina-PI.

Procedimentos do estudo

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre seus dados sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida.

Para investigar a suspeição de uso nocivo de álcool utilizar-se-á o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), questionário composto por 10 perguntas, consistente com a definição do CID-10 de uso nocivo e dependência de álcool. Para análise dos sintomas depressivos e ansiosos, serão utilizadas as escalas propostas por Beck para ansiedade e depressão. O *Inventário de Ansiedade de Beck* (BAI) é um questionário de autorrelato com 21 questões de múltipla escolha, utilizado para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo, que refletem manifestações somáticas, cognitivas e afetivas das características de

ansiedade (BECK; STEER, 1993). Já o *Inventário de Depressão de Beck* (BDI) foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) para avaliar a intensidade de depressão. Para avaliação do comportamento suicida será utilizado com índice *Nurses Global Assessment Suicide Risk* (NGASR), índice de pontuação simples, constituído por 15 itens (CUTCLIFFE E BARKER; 2004).

Esses instrumentos serão aplicados em 2 momentos com intervalo de tempo de 2 meses. O (a) Sr (a) poderá ainda ser convidado a participar de atividade de intervenção, a ser realizada pelo grupo de estudo.

Período de participação para obtenção dos dados

Março a novembro de 2019.

Riscos

As respostas dadas pelo Sr. (a), em relação aos riscos da sua participação neste estudo implicará em riscos relacionados à possível constrangimento ao responder os questionários, os quais serão evitados pelo reforço do sigilo e anonimato na participação da pesquisa; e riscos de origem psicológica relacionados ao conteúdo de alguns questionamentos da pesquisa, os quais serão avaliados ao final de cada entrevista através de uma abordagem terapêutica a respeito de sua participação no estudo. Destaca-se que as pesquisadoras possuem competência para o desenvolvimento de comunicação terapêutica e habilidades para o reconhecimento de possível dano que venha ocorrer em virtude do estudo, com o devido referenciamento imediato a serviço especializado de apoio psicológico/psiquiátrico oferecido pela rede psicossocial do município.

Benefícios

Há o entendimento de que a participação pelo Sr. (a), neste estudo poderá trazer benefícios a sua participação, porém não serão imediatos para participante, mas espera-se contribuir com informações para o redirecionamento das políticas e práticas voltadas para o uso nocivo de drogas, sintomas ansiosos, depressivos e comportamento suicida.

Sigilo

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu,

_____,
Ident.Nº _____/CPF nº: _____, estou de
acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias,
ficando com a posse de uma delas.

Teresina/PI, _____ de _____ de _____.

Declaro que obtive de forma voluntária e apropriada o consentimento livre e esclarecido deste participante para este estudo.

Claudete Ferreira de Souza Monteiro

Pesquisadora Responsável

Presenciamos a assinatura deste TCLE

Nome: _____ Assinatura: _____

RG: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

RG: _____

Informações complementares: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. **Telefone:** 86 3237-2332. **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO
SOCIODEMOGRÁFICA, CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA**

Título da Pesquisa: Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI.

Formulário nº _____ Data da Entrevista: __/__/__ Nome do Entrevistador (a):

NASF: _____ UBS: _____ EQUIPE: _____ MICROÁREA: _____

Código de Identificação do participante: _____

Telefone fixo e/ou celular para contato em participação na Intervenção: _____

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	
1. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino	
2. Idade (Anos completos):	
3. Qual o seu estado civil? 1. Com companheiro (a), em convívio no mesmo lar (casada, união estável) 2. Com companheiro(a), sem convívio (namorado, lares diferentes) 3. Sem companheiro(a), com casamento anterior(viúvas, separadas, divorciadas) 4. Sem companheiro(a), sem casamento anterior	
4. Possui filhos? 1. Sim 2. Não	
5. Como você considera a sua cor/raça? 1. Branca	

2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
6. Anos de estudo?	
7. Classe econômica segundo renda familiar 1. A- Acima 20 SM (R\$ 15.760,01 ou mais) 2. B- 10 a 20 SM (De R\$ 7.880,01 a R\$ 15.760,00) 3- C- 4 a 10 SM (De R\$ 3.152,01 a R\$ 7.880,00) 4- D- 2 a 4 SM (De R\$ 1.576,01 a R\$ 3.152,00) 5- E- Até 2 SM (Até R\$ 1.576,00)	
8. Você trabalha? 1. Sim 2. Não	
9. Se sim, qual a sua ocupação: _____	
10. Possui religião 1. Sim 2. Não	
11. Prática religiosa 1. Sim 2. Não	
PARTE II – CONDIÇÕES DE SAÚDE	
1. Com que frequência procura os serviços de saúde? 1. Não costuma procurar 2. 1x na semana 3. 1x no mês 4. 2 x no mês 5. 1x a cada 3 meses 6. 1 x a cada 6 meses 7. 1x no ano	
2. Você tem alguma doença? Qual? 1. Hipertensão 2. Diabetes 3. Obesidade 4. Problema gastrointestinal 5. Problema osteomuscular 6. Problemas pulmonares 7. Transtornos mentais 8. Outra: especificar _____	

9. 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? _____ 1. Sim 2. Não	
5. Evento estressor recente, ultimo ano? (perda de emprego, luto, problemas financeiros, doença terminal, problemas familiares....)	
6. Possui problemas com o sono? 1. Sim 2. Não	
PARTE III – HÁBITOS DE VIDA	
1. Faz uso de substâncias lícitas/ílicas? (crack, maconha, cocaína, solventes, cigarro...) 1. Sim 2. Não.	
2. Você já fez tratamento psicológico/ psiquiátrico? 1. Sim 2. Não	
3. Você faz tratamento alternativo para problemas emocionais? Se SIM, qual? _____ 1. Sim 2. Não	
4. Refere prática de atividade física? 1. Sim 2. Não	
5. Já sofreu algum tipo de violência? Qual tipo? _____ 1. Sim 2. Não	
6. Já sofreu algum tipo de discriminação? Qual? 1. Sim 2. Não	



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Nós, Claudete Ferreira de Souza Monteiro e Ana Paula Cardoso Costa, pesquisadores responsáveis pela pesquisa intitulada “Sintomas de ansiedade e sua relação com risco de suicídio”, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre o banco de dados oriundo do macroprojeto “Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI” (CAAE: 79650417.5.0000.5214 e parecer n. 2.404.139), bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que os dados a serem utilizados dizem respeito aos sintomas de ansiedade em adultos, ao risco de suicídio em adultos e à relação entre esses fenômenos.

Declaramos ainda que a utilização dos dados somente será iniciada após a prévia autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí.

Teresina, ____ de _____ de 20____

Claudete Ferreira de Souza Monteiro

CPF: 098886633-49

Ana Paula Cardoso Costa

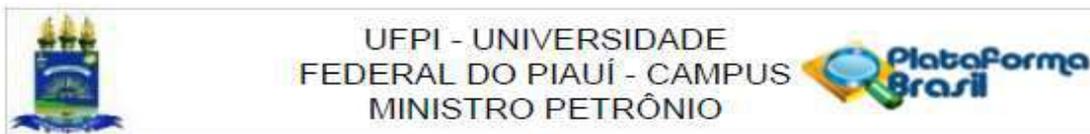
CPF: 063226603-14

ANEXOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO MACROPROJETO PELO COMITÊ
DE ÉTICA EM PESQUISA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI

Pesquisador: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79650417.5.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.404.139

Apresentação do Projeto:

O projeto de autoria de CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO, profa Dra. do Curso de Enfermagem UFPI, tem como título: "Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI."

Será desenvolvido pelo método de pesquisa do tipo Ensaio clínico não randomizado (quase experimental), desenho pré-teste/pós-teste com grupo controle não equivalente, a ser desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Teresina que possuem apoio matricial por Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Número de participantes na pesquisa: 374.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta atendida na atenção básica do município de Teresina-PI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

contribuir com informações para o redirecionamento das políticas e práticas voltadas para o uso nocivo de drogas, sintomas ansiosos, depressivos e comportamento suicida.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Riscos:

Possível constrangimento ao responder os questionários.

Atenuantes dos riscos:

Serão evitados pelo reforço do sigilo e anonimato na participação da pesquisa; e riscos de origem psicológica relacionados ao conteúdo de alguns questionamentos da pesquisa, os quais serão avaliados ao final de cada entrevista através de uma abordagem terapêutica a respeito de sua participação no estudo. Destaca-se que as pesquisadoras possuem competência para o desenvolvimento de comunicação terapêutica e habilidades para o reconhecimento de possível dano que venha ocorrer em virtude do estudo, com o devido referenciamento imediato a serviço especializado de apoio psicológico/psiquiátrico oferecido pela rede psicossocial do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande relevância tanto teórico quanto prática já que trata de assuntos prementes como drogas, alcoolismo e suas implicações para comportamento suicida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente anexados na plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa com parecer Aprovado e apto para início da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1014848.pdf	06/11/2017 20:52:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_macroprojeto_2018.docx	06/11/2017 20:52:25	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	NURSES_GLOBAL_ASSESSMENT_RISK_SUICIDE.docx	25/10/2017 12:44:28	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	AUDIT.docx	25/10/2017 12:43:53	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	escala_de_desesperanca_Beck.docx	25/10/2017 12:39:36	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	Escala_ideacao_suicida_Beck.docx	25/10/2017 12:39:16	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	Formulario_socioeconomico_condicoes_de_saude_habitos_de_vida.docx	25/10/2017 12:35:03	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	cv_42765678575535272.pdf	25/10/2017 12:30:23	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade_macroprojeto.pdf	25/10/2017 12:28:27	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_macroprojeto.pdf	25/10/2017 12:27:07	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores_macroprojeto.pdf	25/10/2017 12:26:21	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_macroprojeto.pdf	25/10/2017 12:25:54	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MACROPROJETO_2018.doc	25/10/2017 12:24:58	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_macroprojeto.pdf	25/10/2017 12:24:26	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 28 de Novembro de 2017

Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE
SAÚDE DE TERESINA-PIAUI**

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa "IMPACTO DAS INTERVENÇÕES PARA USO DE DROGAS, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E COMPORTAMENTO SUICIDA NA POPULAÇÃO ADULTA DE TERESINA" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO, LORENA UCHOA PORTEL VELOSO, FERNANDO JOSE GUEDES DA SILVA SOUSA, ALINE RAQUEL DE SUSA IBIAPINA, LORRAINE DE ALMEIDA GONÇALVES, DANILO FERNANDO SALES PEREIRA MELO, LUANA RUTH BRAGA CAMPOS** acesso às UBSs para entrevistar os usuários participantes da pesquisa.

Teresina, 25 de outubro de 2018.

Adriana Sávia de Souza Araújo
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Adriana Sávia de Souza Araújo
Gerente de Ações Estratégicas
GAEIFMS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO C – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

Código de identificação: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO D – NURSES GLOBAL ASSESSMENT OF SUICIDE RISK

	Variável preditiva	Pontuação
1	Presença de desesperança, por exemplo, perda de esperança no futuro, perda de sentido da vida, falta de perspectivas atuais	3
2	Acontecimento estressante recente, por exemplo, perda do emprego, dificuldades socioeconômicas, ação judicial pendente, acidentes	1
3	História de psicose (presença de vozes/crenças persecutórias)	1
4	Presença de sintomas depressivos (tristeza/ perda de interesse ou perda de prazer em realizar atividades diárias)	3
5	Presença de comportamentos de isolamento social	1
6	Aviso de intenção suicida/ideação suicida	2
7	Presença de plano de suicídio	3
8	Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio	1
9	Presença de sofrimento por morte de ente querido (processo de luto recente) ou fim de relacionamento	1
10	História de violências interpessoais (física, psicológica, sexual)	1
11	Viuvo/viúva ou viver sozinho	1
12	Tentativa anterior de suicídio	3
13	História de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais/religiosas)	1
14	Historia pessoal de uso/ abuso de álcool e/ou outras drogas	1
15	Presença de doença terminal ou incapacitante	1

Nível de risco

Pontuação menor ou igual a 5: Baixo

Pontuação 6-8: Intermediário

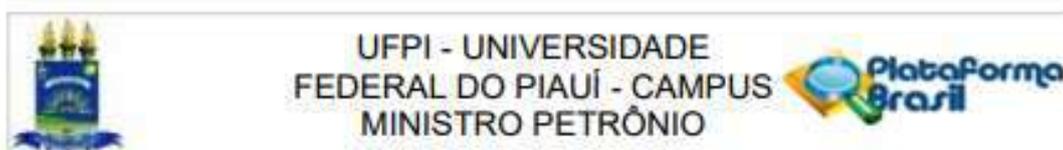
Pontuação 9-11: Elevado

Pontuação maior ou igual a 12: Muito elevado



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ DEPARTAMENTO ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANEXO E – PARECER DE APROVAÇÃO DESTE ESTUDO PELO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SINTOMAS DE ANSIEDADE E SUA RELAÇÃO COM RISCO DE SUICÍDIO

Pesquisador: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32098820.3.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.088.909

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Sintomas de Ansiedade e sua Relação com Risco de Suicídio" será desenvolvido pela pesquisadora Claudete Ferreira de Souza Monteiro, tendo como auxiliar a mestranda ANA PAULA CARDOSO COSTA. Trata-se de um estudo analítico e transversal, que será realizado com dados oriundos do macroprojeto intitulado "Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI", aprovado por este CEP em 28 de Novembro de 2017 (Parecer nº 2.404.139).

Atenção com a saúde mental manifesta-se como questão emergente e desafiadora no século XXI. Dentre as doenças mentais, a ansiedade é apontada como problemática preocupante por ser uma condição patológica que causa prejuízos à qualidade de vida do sujeito. A presença de doença mental, como a ansiedade, é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Este problema tem aumentado assustadoramente e é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. Devido ao quantitativo de mortalidade e morbidade associado ao fenômeno, essa violência autoprovocada constitui um grave problema de saúde pública. Frente à tão relevante questão, o objetivo do estudo será avaliar sintomas de ansiedade e sua relação com risco de suicídio em população adulta assistida na atenção primária à saúde do município de Teresina-Piauí. Serão utilizados dados dos 391 participantes do referido macroprojeto, que foi desenvolvido em 11 Unidades Básicas de Saúde, situadas em Teresina- Piauí. O macroprojeto teve como critérios de inclusão: usuários cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde, na faixa etária de 20 a

59 anos, que estivessem no local para algum tipo serviço de assistência à saúde. Os critérios de exclusão foram, por sua vez, indivíduos que apresentassem dificuldade para comunicação observada pelo entrevistador, como problemas auditivos ou de linguagem, que impossibilitassem a compreensão e resposta aos questionamentos. Os dados do macroprojeto foram coletados por meio de questionário para levantamento de dados sociodemográficos, condições de saúde e hábitos de vida; para levantamentos dos sintomas de ansiedade utilizou-se o Inventário de Ansiedade de Beck; para avaliar o risco de suicídio, utilizou-se o Nurses Global Assessment of Suicide Risk. Após extração dos dados do banco de dados, os dados para este estudo serão organizados em planilhas através do software Microsoft Office Excel e analisados estatisticamente no Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.0.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos os dados dos 391 participantes do macroprojeto intitulado "Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina-PI".

Objetivo da Pesquisa:

Retirado do TCLE do Macroprojeto aprovado anteriormente

Objetivo Geral

Analisar o impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta atendida na atenção básica do município de Teresina-PI.

Retirado do documento Informações Básicas do subprojeto

Objetivo Primário:

Avaliar sintomas de ansiedade e sua relação com risco de suicídio em população adulta assistida na atenção primária à saúde do município de Teresina-PIaui.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar a amostra do estudo quanto às variáveis sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida;

- Verificar a prevalência e intensidade dos sintomas de ansiedade na amostra;

- Identificar o padrão de risco de suicídio na amostra;

- Verificar associação entre os sintomas de ansiedade e o risco de suicídio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Retirados do documento Informações Básicas

Riscos:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo, e está relacionado a possíveis alterações no banco de dados. Sabendo desse risco e na tentativa de impedi-lo, o banco de dados será manuseado atenciosamente.

Benefícios:

Os benefícios subsequentes à realização desta pesquisa estão relacionados, especialmente, à produção de conhecimento e informações sobre os fenômenos estudados para contribuir com a assistência de enfermagem às pessoas que sofrem de transtorno de ansiedade e/ou comportamento suicida. Os resultados obtidos também poderão servir como subsídio para o manejo de ações e intervenções que retratem alguma das variáveis exploradas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um subprojeto que será realizado com dados oriundos de um Macroprojeto aprovado anteriormente por este CEP (Parecer nº 2.404.139).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa apta a ser desenvolvida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1552077.pdf	20/05/2020 14:28:48		Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	09/05/2020 18:23:53	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO.pdf	09/05/2020 18:22:40	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MACROPROJETO.pdf	09/05/2020 18:21:40	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_UTI	07/05/2020	CLAUDETE	Aceito
Outros	ZACAO_DE_DADOS.pdf	16:47:38	FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	07/05/2020 16:45:57	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	NURSES_GLOBAL_ASSESSMENT_OF_RISK_SUICIDE.pdf	07/05/2020 16:44:27	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	INVENTARIO_DE_ANSIEDADE_DE_BECK.pdf	07/05/2020 16:44:16	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	FORMULARIO_CHARACTERIZACAO.pdf	07/05/2020 16:44:03	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_ANAPAULACARDOSOCOSTA.pdf	07/05/2020 16:35:58	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_CLAUDETE FERREIRADESOUZAMONTEIRO.pdf	07/05/2020 16:35:43	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES.pdf	07/05/2020 16:33:55	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_FMS.pdf	07/05/2020 16:33:06	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Parecer Anterior	PARECER_MACROPROJETO.pdf	07/05/2020 16:32:13	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/05/2020 16:30:36	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.pdf	07/05/2020 16:30:14	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	07/05/2020 16:28:54	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	07/05/2020 16:27:58	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

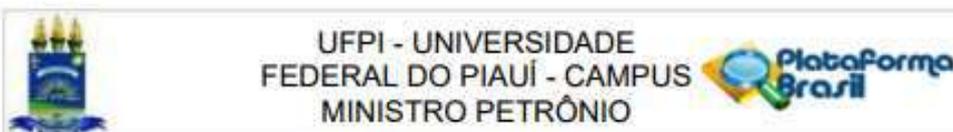
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

Página 05 de 08



Continuação do Parecer: 4.088.909

TERESINA, 15 de Junho de 2020

Assinado por:
Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))