UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

CAMILA CORDEIRO DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

RECIFE
Janeiro / 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

CAMILA CORDEIRO DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, pela doutoranda Camila Cordeiro dos Santos, como parte das exigências para obtenção do título de Doutora em Neuropsicopatologia.

Orientador: Profº Dr. Everton Botelho Sougey

Co-orientador: Profº Dr. Murilo Duarte Costa Lima

Área de concentração: Neuropsicopatologia

RECIFE

Janeiro / 2017

Catalogação na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S237f Santos, Camila Cordeiro dos.
Fatores associados às tentativas de suicídio em pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool atendidos em um centro de referência em dependência química / Camila Cordeiro dos Santos. – 2017.
122 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2017.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Álcool. 2. Violência. 3. Tentativa de suicídio. 4. Alcoolismo. 5. Comportamento violento. I. Sougey, Everton Botelho (Orientador). II. Título.

612.6 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2017-243)

CAMILA CORDEIRO DOS SANTOS

FATORES ASSOCIADOS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM PACIENTES PORTADORES DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, pela doutoranda Camila Cordeiro dos Santos, como parte das exigências para obtenção do título de Doutora em Neuropsicopatologia.

APROVADA EM: 21/02/2017

BANCA EXAMINADORA:

_____

Drº. Everton Botelho Sougey

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

_____

DRº MURILO DUARTE COSTA LIMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

_____

DRª SANDRA LOPES SOUZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

_____

DRº HUGO ANDRÉ DE LIMA MARTINS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE

_____

DRª VALDENILSON RIBEIRO RIBAS

FACULDADE DOS GUARARAPES

“ Dedico esta tese à minha doce Agnes Alice e ao meu grande amigo e companheiro Airon Hermínio, pelo carinho, amor, companhia, compreensão e força que sempre encontro disponível quando preciso. ”

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir mais uma vez a realização de um sonho.

Agradeço aos meus pais e minha tia pelo incentivo, por proporcionar meios para que eu pudesse prosseguir com meus estudos e pela estimulação da minha eterna curiosidade.

Ao meu parceiro, Airon Hermínio por sempre se fazer presente, por sua paciência, compreensão e carinho que sempre me oferece.

A minha doce Agnes que com seu sorriso iluminava os meus dias.

A minha irmã Raissa Thais pela companhia e compreensão.

Ao meu melhor amigo, parceiro para todas as horas, Fábio Clarindo, por todo suporte, acolhimento e carinho que encontro disponível quando preciso.

Aos professores Doutores Everton Botelho Sougey e Murilo Duarte da Costa Lima por aceitarem o convite para orientação desta pesquisa.

Aos coordenadores Dr. Marcelo Valença e a Drª Sandra Lopes, pelo acolhimento e pelo esforço em conduzir em possibilitar o crescimento da nossa pós-graduação.

A todos os companheiros da turma da Pós-graduação em Neuropsiquiatria e ciências do comportamento, sobretudo aos companheiros mais próximos, João Marcílio Aroucha, Tássia Karin, David Felipe, Silvya Nery, Louana Cassiano, Karllus Leite, Lívia Almeida, Silva Neto.

Agradeço ainda a todo o pessoal da secretária, Solange Martins, Fátima Barros, Gilberto e Juarez pela forma competente que exercem suas atividades, nos

acompanhando de perto, nos orientando e esclarecendo nossas dúvidas.

A todo o corpo docente do programa.

Ao Drº Hugo Martins, por toda contribuição, disponibilidade e ajuda.

Ao Profº Drº Ribas por toda a disponibilidade e paciência em ajudar,

Às Drª Reginete Cavalcanti e Vânia Pinheiro pelas importantes contribuições para a melhoria deste estudo.

A todo o corpo de funcionários que compõem o NEDEQ, em especial Aldo, D. Socorro.

A toda equipe do Grupo Recanto que me aceitou de braços abertos para a coleta de dados, possibilitando a finalização desse estudo

Ao grupo de estudos em dependência química.

Por fim, agradecer a todos que contribuíram direta ou indiretamente para o andamento desta pesquisa.

MUITO OBRIGADA!!

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Fatores de riscos associados à tentativa de suicídio em pacientes atendidos em um hospital de emergência no Rio de Janeiro em 2009 **26**

Quadro 2: Pontuações obtidas no AUDIT e suas respectivas intervenções **73**

LISTA DE TABELAS

Tabelas artigo 1 - Fatores associados a tentativas de suicídio em portadores da síndrome da dependência alcoólica: Uma revisão

Tabela 1: Características dos estudos incluídos na revisão da literatura 34

Tabela 2: Objetivos dos estudos e fatores de riscos associados as tentativas de suicídio 36

Tabelas artigo 2 - Perfil de pacientes com síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle

Tabela 1: Distribuição das características sócio demográficas dos participantes do estudo 73

Tabela 2: Caracterização das tentativas de suicídio no grupo HPTS 74

Tabela 3: Antecedentes pessoais e familiares dos grupos HPTS e HNTS 74

Tabela 4: Influência do álcool no comportamento nos grupos HPTS e HNTS 75

Tabela 5: Presença de depressão e desesperança nos grupos HPTS e HNTS, investigadas pelo BDI e BHS, respectivamente. 75

Tabelas artigo 3 - Comorbidades psiquiátricas na síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle

Tabela 1: Distribuição das características sócio demográficas dos participantes do estudo 92

Tabela 2: Histórico da SDA e padrão de consumo de bebidas alcóolicas 93

Tabela 3: Presença de depressão e desesperança nos grupos HPTS e HNTS, investigadas pelo BDI e BHS, respectivamente. 93

Tabela 4: Presença de comorbidades psiquiátricas nos grupos HPTS e HNTS 94

LISTA DE ABREVIATURAS

5-HT	Serotonina
AA	Alcoólicos Anônimos
APA	American Psychiatric Association
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BHS	Inventário de Desesperança de Beck
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAGE	Acrônimo para Cut-down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener
CDC	Centro de controle de Doenças
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed.
HNTS	Histórico Positivo para Tentativa de Suicídio
HPTS	Histórico Positivo para Tentativa de Suicídio
IC	Intervalo de Confiança
LENAD	Levantamento nacional sobre consumo de álcool e drogas
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
NEDEQ	Núcleo Especializado em Dependência Química
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
DAS	Síndrome de dependência de álcool
SNC	Sistema nervoso central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Tentativa de Suicídio
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

Resumo

Pesquisas que associam a Síndrome da Dependência do Álcool (SDA) a tentativas de suicídio vem sendo alvo de intensas investigações. Ambas as condições vêm sendo encaradas como um grande problema de saúde pública de ordem mundial. Apesar da grande associação entre essas condições, estudos vem apontando que outros fatores também poderiam estar envolvidos potencializando ainda mais o risco suicida. Diante deste cenário o presente estudo teve como finalidade, investigar os principais fatores associados as tentativas de suicídio em sujeitos diagnosticados com a DAS que estavam em tratamento em dois centros especializados em dependência química. O estudo foi do tipo caso-controle e foi realizado entre dezembro de 2015 a dezembro de 2016. Foram entrevistados 100 participantes que foram divididos igualmente em dois grupos: grupo 1 (caso), sujeitos com histórico positivo para tentativas de suicídio (HPTS) e grupo 2 (controles), sujeitos com histórico negativo para tentativas de suicídio (HNTS), inclusive histórico familiar. Em ambos os grupos, foram aplicados uma entrevista para coleta de informações sócio demográficas e as seguintes escalas: CAGE *Questionnaire* para rastreio do alcoolismo, o AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool) para a identificação da gravidade do alcoolismo, Inventário de Depressão de Beck – BDI, para identificar a gravidade de possível sintomatologia depressiva, o Inventário de Desesperança – BHS, com a finalidade de estimar a desesperança, o Inventário de Ideação Suicida de Beck – BSI, para avaliar a ideação suicida, e, por fim, o Mini *International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0 Versão Brasileira), para verificar possíveis comorbidades associadas ao alcoolismo. Para verificar a associação entre as variáveis foram utilizados os testes de Qui-quadrado e exato Fisher. O gênero masculino foi o predominante na amostra com idade média 35,2±9,5 (HPTS) e 34,5±9,8 (HNTS). As variáveis sócias demográficas que apresentaram maior significância estatística que apontavam para tentativas de suicídio foram: Não estar em situação marital, não ter filhos, não ter ocupação, não ter apoio emocional e financeiro. No que tange aos motivos o grupo caso apontou: conflitos familiares, arrependimentos, tristeza e desesperança. Ao investigar os antecedentes pessoais foi verificado que o grupo caso apresentava histórico de abuso físico (92%), psicológico (94%) e sexual (12%). Outro fator significativo foi a impulsividade referida (76%) e histórico familiar de transtorno mental (50%). A investigação de depressão e desesperança apontou que 52% apresentavam depressão leve, 50% desesperança leve e 34% desesperança moderada, dado de grande relevância elevando para 3,16 vezes maior a chance de tentativa de suicídio. A ideação suicida (64%), Transtorno de ansiedade generalizada (70%) e Episódio depressivo maior e melancólico (78%) também demonstraram significância. Destaca-se então, a necessidade de desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais que identifique e intervenham sobre essas características associadas a SDA, com o auxílio de equipes multidisciplinares que ofereçam serviços psicológicos e psiquiátricos, objetivando então, a criação de medidas que previnam novas tentativas de suicídio.

Palavras chave: Álcool. Violência. Tentativa de suicídio. Alcoolismo. Comportamento violento

Abstract

Studies that associate Alcohol Dependence Syndrome (SAD) with suicide attempts have been the subject of intense investigations. Both conditions have been seen as a major global public health problem. Despite the great association between these conditions, studies have pointed out that other factors could also be involved, further potentializing the suicidal risk. In view of this scenario, the present study aimed to investigate the main factors associated with suicide attempts in subjects diagnosed with DAS who were being treated in two centers specialized in chemical dependence. The study was a case-control study and was conducted between December 2015 and December 2016. We interviewed 100 participants who were divided equally into two groups: group 1 (case), subjects with a positive history for suicide attempts Group 2 (controls), subjects with negative history for suicide attempts, including family history. In both groups, an interview was conducted to collect socio-demographic information and the following scales were used: CAGE Questionnaire for Alcoholism Screening, AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) for the identification of severity of alcoholism, Inventory To identify the severity of possible depressive symptomatology, the Hopelessness Inventory - BHS, to estimate hopelessness, Beck's Suicidal Ideation Inventory - BSI, to assess suicidal ideation, and Order, the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0 Brazilian Version), to verify possible comorbidities associated with alcoholism. To verify the association between the variables, the Chi-square and Fisher exact tests were used. The male gender was predominant in the sample with a mean age of 35.2 ± 9.5 (HPTS) and 34.5 ± 9.8 (HNTS). The demographic variables that showed the highest statistical significance for suicide attempts were: Not being in a marital situation, not having children, having no occupation, not having emotional and financial support. Regarding the reasons, the case group pointed out: family conflicts, regrets, sadness and hopelessness. When investigating the personal history, it was verified that the group had a history of physical abuse (92%), psychological (94%) and sexual abuse (12%). Another significant factor was the reported impulsivity (76%) and family history of mental disorder (50%). The investigation of depression and hopelessness indicated that 52% had mild depression, 50% mild hopelessness and 34% moderate hopelessness, a fact of great relevance, raising the chance of a suicide attempt to 3.16 times. Suicidal ideation (64%), generalized anxiety disorder (70%) and major depressive episode and melancholic (78%) also showed significance. It is highlighted the need to develop individual therapeutic projects that identify and intervene in these characteristics associated with SDA, with the help of multidisciplinary teams that offer psychological and psychiatric services, aiming at the creation of measures to prevent further suicide attempts .

Keywords: Alcohol. Violence. Suicide attempt. Alcoholism. Violent behavior

SUMÁRIO

1	**APRESENTAÇÃO**	**15**
2	**INTRODUÇÃO**	**17**
3	**JUSTIFICATIVA**	**20**
4	**CONSIDERAÇÕES INICIAIS**	**21**
4.1	Síndrome da dependência alcóolica: Definição e dados epidemiológicos	21
4.2	Considerações sobre tentativas de suicídio e síndrome da dependência Alcóolica	23
4.3	ARTIGO 1 - Fatores associados a tentativas de suicídio em portadores da síndrome da dependência alcoólica: Uma revisão	29
5	**PERGUNTA CONDUTORA**	**48**
6	**HIPÓTESES**	**48**
7	**OBJETIVOS**	**48**
7.1	Objetivo Geral	48
7.2	Objetivos específicos	48
8	**MÉTODO**	**49**
8.1	**Tipo de estudo**	**49**
8.2	**Local de estudo**	**49**
8.3	População de estudo	50
8.4	Critérios de inclusão e exclusão	50
8.5	Amostragem	51
8.6	Instrumentos	51
8.6.1	Ficha clínica	51
8.6.2	CAGE Questionnaire	52
8.6.3	“The Alcohol Use Disorders Identification Test “ AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool)	52
8.6.4	Miniplus 5.0	53
8.6.5	Inventário de Depressão de Beck - (Beck Depression Inventory)- (BDI)	53

8.6.6 Inventário de Desesperança (Beck Hopelessness Scale) – (BHS)..... 54
8.7 Procedimentos..... 54
8.8 Tratamento estatístico..... 54
8.9 Limitações do estudo..... 55
9.0 ASPECTOS ÉTICOS..... 57
10 RESULTADOS..... 58
ARTIGO 2- Perfil de pacientes com síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle..... **59**
ARTIGO 3 - Comorbidades psiquiátricas na síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle **76**
11 CONSIDERAÇÕES..... 96
REFERÊNCIAS..... 98
APÊNDICES 102
Apêndice A –Entrevista semiestruturada..... **103**
Apêndice B –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... **105**
Apêndice C – Produções acadêmicas -03/13 a 12/16..... **107**
ANEXOS..... 111
Anexo A – Escala CAGE..... **112**
Anexo B- Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool – AUDIT..... **113**
Anexo C – MINI Plus 5.0 – Risco de suicídio..... **114**
Anexo D – BDI - Inventário de Depressão (Beck Depression Inventory) ... **116**
Anexo E – BHS - Inventário de Desesperança (Beck Hopelessness Scale) **118**
Anexo F – Carta de aprovação do CEP..... **119**

1 **APRESENTAÇÃO**

A presente tese de doutorado do programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, traz consigo os resultados da pesquisa conduzida pela autora intitulada “Fatores associados às tentativas de suicídio em pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool atendidos em um centro de referência em dependência química”.

O estudo foi conduzido sob orientação do professor Doutor Everton Botelho Sougey (Grupo de Estudo e Pesquisa em Suicídio – GEPS/ UFPE) e coorientação do professor Doutor Murilo Duarte Costa Lima (Grupo de Estudos em Dependência química).

O trabalho é apresentado em forma de artigos, possuindo 4 capítulos. Após uma breve introdução acerca do tema estudado, encontra-se o capítulo um com considerações iniciais, definições e dados epidemiológicos sobre a Síndrome da Dependência alcoólica e tentativas de suicídio, seguido de um artigo intitulado: “Fatores associados a tentativas de suicídio em portadores da síndrome da dependência alcoólica: Uma revisão”, onde se buscou realizar um levantamento de publicações que apresentavam compatibilidade com os objetivos estabelecidos para análise (capítulo 2).

O terceiro capítulo do trabalho apresenta os objetivos, hipóteses, desenho metodológico, instrumentos utilizados, amostra, análise estatística, questões éticas e limitações do estudo.

No quarto capítulo, se encontra os resultados e discussões dos dados coletados adaptados ao formato de artigo, intitulado: *Perfil de pacientes com síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle*, cujo a finalidade foi demonstrar os principais fatores de riscos encontrados na população estudada, com o objetivo de fornecer subsídios que auxiliem na compreensão da temática estudada possibilitando a criação de intervenções que minimizem os riscos de tentativas de suicídio aumentando então, a prevenção.

Encerrando este capítulo, os dados coletados ainda foram apresentados em um segundo artigo sob o título: *Comorbidades psiquiátricas na síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle.* Neste artigo o objetivo foi investigar e descrever as principais comorbidades

psiquiátricas em sujeitos com dependência química e tentativa de suicídio. A finalidade do mesmo foi evidenciar como os outros transtornos mentais poderiam potencializar o risco suicida, demandando desta forma, criterioso acompanhamento dos pacientes por parte da equipe de saúde.

Por fim, o trabalho se encerra com algumas considerações e recomendações fundamentadas nos dados obtidos, seguidos dos anexos com cópia dos instrumentos utilizados e o apêndice, composto pela ficha clínica (Apêndice A), Termo de consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) e as referências das produções acadêmicas da autora realizadas no período de março de 2013 a dezembro de 2016 (Apêndice C)

2 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida tem sido reconhecido como um problema crescente entre em portadores da síndrome da dependência alcóolica (SDA). Autores referem que o uso do álcool juntamente com outros fatores de riscos facilitaria tentativas de suicídio nesta população. (CAIS *et al* 2008, COÊLHO 2010, HAKANSSON *et al* 2010)

De acordo com a organização Mundial de Saúde (OMS), tentativas de suicídio se configura como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte (WHO,2002). Caracterizando-se então, por gestos autodestrutivos não fatais como automutilação ou auto envenenamento, mas, com intenção de morte. Entretanto, é conhecido que maiores números de tentativas aparecem como forte preditor do suicídio em si, estimativas apontam chances de 20 a 30 vezes mais elevadas de suicídio em indivíduos que relatam este tipo de experiência anterior. (CAIS *et al,* 2008; DALGALARRONDO *et al,* 2008)

A literatura demonstra que o uso abusivo de álcool e drogas associados a transtornos mentais, principalmente sintomatologia depressiva, tem sido um importante indicador em tentativas de suicídio, indicando que a depressão em pacientes alcoolistas precede as tentativas de suicídio na maioria dos casos. No entanto, ainda não há um perfil de risco bem definido para tentativa de suicídio em pacientes alcoolistas portadores de transtornos mentais (KING *et al* 2006; BOLTON, 2008).

Dentre outros fatores, o abuso psicológico, físico e sexual na infância, vem sendo alvo de várias pesquisas relativas à adição e tentativas de suicídio. Acredita-se que a exposição ao abuso infantil predispõe à violência, que por sua vez aumenta a probabilidade de comportamento suicida em adultos, bem como fatores relacionados à baixa escolaridade, pobreza, negligência, entre outros. (THORNBERRY *et al* 2010; KING *et al, 2006*) A relação entre o abuso físico na infância e tentativas de suicídio na idade adulta tem sido fortemente reconhecida. No entanto, o fenômeno ainda não foi devidamente examinado em pacientes que se encontram em tratamento para o alcoolismo.

Estudos bioquímicos vêm demonstrando a relação da diminuição da presença da serotonina no liquor ao comportamento suicida, como também, baixa transmissão serotoninérgica principalmente no córtex pré-frontal, considerado região chave no modelo neuroanatômico de regulação do humor. Acredita-se que a redução da

serotonina nessas regiões, favoreceria a impulsividade nesses sujeitos, uma vez que a mesma é considerada reguladora do comportamento (CORRÉA e BARRERO, 2006).

É sabido que, por ser uma substância depressora, o álcool reduz a concentração de serotonina principalmente em regiões responsáveis pela modulação do comportamento. A redução da transmissão desse neurotransmissor em conjunto com a diminuição do mesmo (provocado pela ingestão alcoólica), típica em pacientes deprimidos, contribuem então, na expressão da agressividade e impulsividade (MALBERGIER e AMARAL, 2012)

As consistências desses dados levantaram a hipótese de que a agressividade, a impulsividade, bem como outros achados psicopatológicos pudessem estar relacionados ao comportamento suicida. Hipóteses estas, corroboradas em estudos de neuroimagem (CORRÉA e BARRERO, 2006).

Heeringen (2010), através de uma revisão sistemática, destacou que pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool, apresentaram alterações volumétricas na substância cinzenta, hipometabolismo na região frontal (responsável pelas funções mentais superiores como planejamento, controle da impulsividade e execução), Além de baixo processamento em atividades cognitivas. Resultados semelhantes foram encontrados em pacientes com depressão e histórico de tentativas de suicídio, corroborando a hipótese de que ambos os transtornos compartilham a mesma fisiopatologia.

Apesar de serem considerados comórbidos, ainda não foi possível estabelecer qual seria transtorno de base (se a SDA favoreceria o surgimento de transtornos depressivos ou, os transtornos depressivos levariam à SDA). Acredita-se que as alterações emocionais, disfunções no processamento cognitivo e a baixa modulação da impulsividade, estariam relacionadas ao comportamento adicto, depressivo e suicida

O pensamento de que o suicídio seja uma livre escolha do sujeito manifestando sua autonomia, é equivocado. O suicídio, em geral, é uma expressão de um estado mental deprimido onde há sim, espaços para intervenções. Pesquisas relatam que o suicídio é compreendido hoje como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. Muitos desses pacientes cometem suicídio sem nunca terem visto um profissional de saúde mental em per iodos anteriores ao ato

Pesquisas mais recentes, voltadas à neurobiologia, vêm indicando o papel da redução da transmissão serotoninérgica associada a fatores externos, aumentando a dificuldade em controlar a agressividade e conter a impulsividade, vulnerabilizando e predispondo sujeitos a comportamentos suicidas (BORTOLATO *et al.* 2013). Outro fator de destaque seria os comprometimentos bioquímicos e cognitivos presentes em pacientes alcoolistas e depressivos, demonstrando que as referidas patologias não só compartilham os sintomas psicopatológicos, mas também a fisiopatologia, reforçando ainda mais a comorbidade entre as mesmas. Sendo ainda difícil, delimitar qual o transtorno de base.

A razão que levou ao desenvolvimento da pesquisa a estudar o tema, foi a grande associação entre tentativas de suicídio, comorbidades psiquiátrica e o uso do álcool. As discussões sobre esse tema apresentam relevância do estudo do comportamento e da psicopatologia preditiva a tentativa de suicídio. A contribuição resultante dessa investigação nos levará a observar quais os fatores associados ao comportamento suicida em pacientes portadores da SDA, possibilitando a elucidação desses fatores, permitindo a criação de estratégias de intervenção com a finalidade de reduzir essas taxas alarmantes e aperfeiçoar os métodos de atendimentos aos pacientes de risco.

3 JUSTIFICATIVA

Segundo dados da OMS (2002), anualmente o suicídio representa cerca de um milhão de mortes. Acredita-se que este número aumente para 1,53 milhão em 2020. Apontando um número de 10 a 20 vezes maior de pessoas que tentarão suicídio, representando um caso de morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa de suicídio a cada 1 a 2 segundos. Estes números indicam que mais pessoas morrem por suicídio do que em todos os conflitos armados e homicídios. Configurando-se com um grave problema de saúde mundial.

De acordo com o resultado de alguns estudos, aproximadamente 3.000 pessoas por dia cometem suicídio no mundo. A estimativa é de que para cada pessoa que consegue suicidar-se houveram 20 ou mais tentativas anteriores sem sucesso. Esses achados, nos leva a inferir que o desenvolvimento de estratégias de intervenção nas tentativas de suicídio, poderiam ser eficientes na prevenção e recaída de tentativas posteriores que resultem em morte do indivíduo. A identificação precoce dos fatores associados ao comportamento suicida é indispensável para o tratamento adequado e redução do risco de suicídio.

Os principais achados nos estudos referentes ao tema sugerem que a presença de comorbidades psiquiátricas seriam um dos fatores preditores nas tentativas de suicídio, referindo que as principais comorbidades envolvidas na gênese do comportamento suicida, seriam a depressão e o alcoolismo. Os dados mostram que pacientes deprimidos apresentavam maior risco de tentativa de suicídio quando faziam uso indevido do álcool, apontando que a depressão em pacientes alcoolistas precedia as tentativas de suicídio na maioria dos casos.

O conhecimento acerca dos principais fatores associados às tentativas de suicídio possibilitará compreender e levantar a psicopatologia antecedente ao comportamento apresentado, o que aumentará as chances de prevenção e intervenção, reduzindo desta forma, tentativas reincidentes.

4 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

4.1Síndrome da dependência alcóolica: Definição e dados epidemiológicos

A SDA é caracterizada como um transtorno mental que se constitui ao longo da vida, não sendo desta forma, considerado como uma patologia estática. Para a evolução do quadro, vários fatores se interligam, e se interferem mutuamente, tais como: fisiológicos, genéticos, comportamentais, psicológicos e sociais.

Por ser uma substância de baixo custo e fácil acesso, o uso álcool é muitas vezes não só estimulado como também encorajado normalmente associado como potencializador de comportamentos autodestrutivos. (LARANJEIRA, 2004; DALGALARRONDO et al, 2008 e OQUENDO et al, 2008). No entanto, devido a interação dos fatores acima mencionados, alguns sujeitos evoluem do uso para o abuso e do abuso para a dependência.

Acredita-se que, os indivíduos recorram ao álcool quando são confrontados a dificuldades e situações estressantes. Normalmente, são indivíduos com baixa tolerância a frustração, bem como baixa capacidade de enfrentamento e resolução dos problemas. (DALGALARRONDO et al, 2008; OQUENDO et al, 2008; BORGES e LOERA, 2010).

A SDA é considerada uma doença que acomete cerca de 10% a 20% da população brasileira e vem se mostrado um grande problema de saúde pública ao longo dos anos. Causando não apenas dependência química, mas também sérios problemas clínicos relacionados a patologias coronárias, hepáticas, câncer, como também, comorbidades psiquiátricas, entre outras. (LARANJEIRA, 2004).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) adotada pelo Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, aponta o referido transtorno sob o código (F10.2) denominando-o Transtorno Mental e Comportamental Devido ao Uso do Álcool. De acordo com o manual, o transtorno seria diagnosticado através dos seguintes critérios:

> *"Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das*

> *suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. ” (Organização Mundial da Saúde, 1993, p.74).*

Aqui no Brasil, Gigliotti e Bessa (2004) através de um dos primeiros artigos a caracterizar a síndrome, destaca que a mesma estaria associada a forma como o sujeito se relaciona com o álcool em conjunto com fatores individuais, psicológicos e sociais, uma vez que nem todos os sujeitos que experimentaram o álcool tornam-se dependentes.

Os autores supracitados apontam que no desenvolvimento da síndrome se estabelece um aprendizado: inicialmente, o sujeito busca o álcool por conta dos efeitos, até então agradáveis que o mesmo pode proporcionar, no decorrer das ingestões repetitivas, se instala o fenômeno da tolerância, quando o sujeito precisa de doses cada vez maiores para sentir o mesmos efeitos iniciais, a medida em que o sujeito passa a buscar o álcool apenas para mitigar os efeitos desagradáveis que a falta do álcool (abstinência) ocasiona, se estabelece então a dependência.

Para os autores, os critérios constituintes da SDA seriam: o estreitamento do repertório, saliência do comportamento da busca do álcool, aumento da tolerância, sintomas repetidos de abstinência com alterações físicas, afetivas e sensoperceptivas, alívio dos sintomas após a ingestão do álcool, percepção subjetiva da necessidade de beber e reinstalação após a abstinência (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Devido as várias repercussões do alcoolismo nas esferas psicológicas, físicas e sociais, a SDA vem sendo encarada como um grave problema de saúde pública mundial. Apesar dos esforços dos órgãos de saúde em realizar intervenções, investir em propagandas entre outras ações, a epidemiologia vem aumentando dia após dia, devido à natureza etiológica multifatorial, ressalta-se mais uma vez a necessidade da identificação e intervenção multidisciplinar dos fatores que possam desencadear o transtorno.

O II Levantamento nacional realizado sobre o consumo de álcool e outras drogas (LENAD) em 2012 traz resultados impactantes: 50% dos entrevistados não usam álcool, 32% bebem moderadamente e 16% bebem mais do que seis doses por ocasião. Entre os adultos entrevistados, 32% relatavam dificuldades em parar de beber depois de iniciar a ingestão, reforçando a dificuldade em modular o

comportamento e conter a impulsividade depois de estarem alcoolizados. Dentro da amostra entrevistada, cerca de dois terços dos homens enquadrados no uso problemático, referiam ter se envolvido em agressões enquanto intoxicados pelo álcool. No que tange a violência doméstica, o álcool esteve presente em mais da metade dos casos. Em relação ao comportamento suicida, de cada 2 a 10 tentativas, o álcool também estava presente (LENAD, 2012).

4.2 Considerações sobre tentativas de suicídio e síndrome da dependência alcóolica

A palavra suicídio deriva do latim e significa: *sui* = si mesmo e *caedes* = ação de matar-se a si mesmo. O suicídio surge como um produto final ou consequência deste ato, referindo-se como um ato que gera repercussões em vários contextos da vida do indivíduo, retratando uma situação em que o sujeito decide pôr fim a sua própria vida numa tentativa de livrar-se de uma dor psíquica insuportável (STEFANELLO *et al*, 2008).

Estudar o suicídio se configura numa tarefa complexa, uma vez que as vítimas do mesmo, já faleceram, impossibilitando a coleta de informações diretamente. Além das dificuldades metodológicas para diagnosticar um óbito como suicídio, encontram-se ainda casos de subnotificação. Acredita-se que os números divulgados não refletem com fidedignidade a realidade do fenômeno em questão. Sendo descritas muitas vezes como ”morte acidental” ou ”causa indeterminada" (CORRÉA e BARRETO, 2006).

Um dos métodos utilizados para investigar uma morte por suicídio é a autopsia psicológica, entrevistas que são realizadas em pessoas próximas da vítima em relação ao comportamento e estado de humor da mesma nos dias que antecederam o suicídio. No entanto, ainda assim é difícil apontar a causa da morte como auto infringida, uma vez que os relatos são colhidos de terceiros, relatos estes, sujeitos à Viés de lembranças (CORRÉA e BARRETO, 2006).

Apesar das dificuldades de estudo em relação ao suicídio já mencionadas, pesquisas apontam que alguns fatores têm sido fortemente associados ao comportamento suicida, como por exemplo: abuso de substâncias, transtornos mentais, isolamento social, desemprego, ausência de um companheiro, sexo, idade,

antecedentes familiares e histórico de abuso físico, psicológico e sexual na infância. (BERTOLOTE *et.al,* 2010). Santos *et. al* (2009), através de um levantamento realizado por em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, destaca ainda que os principais fatores de risco associados à tentativa de suicídio foram:

Quadro 1: Fatores de riscos associados à tentativa de suicídio em pacientes atendidos em um hospital de emergência no Rio de Janeiro em 2009.

Tentativa anterior de suicídio, com intenção de morrer.
Ansiedade, depressão, alcoolismo, quadro psicótico e estado de exaustão.
Tentativa premeditada e ativamente preparada.
Disponibilidade dos meios para o suicídio (métodos violentos e letais).
Ideação suicida verbalizada.
Preparação de um testamento ou cenas de despedida.
Crise vital próxima, como luto, cirurgia iminente ou dissolução de um relacionamento amoroso.
História familiar de suicídio.
Mudanças de condições de saúde ou estado físico.
Início ou cessação de medicação psicotrópica.
Intoxicação por álcool ou droga.
Melhora súbita do humor depressivo.
Sentimento de desesperança.
Precaução para evitar intervenção, como isolamento ou minimização do risco de descoberta.
Nenhuma ação para pedir socorro após o evento.
Pessoa com remorso por sobreviver da tentativa.

Vidal e Gontijo (2013), destacam que o aumento do risco de suicídio estaria relacionado ao número de tentativas, como também, intervalos de tempo menores entre as tentativas. Em pacientes atendidos em emergências devido às tentativas, foi

estimado que cerca de 30% a 60% realizaram tentativas prévias e que cerca de 10% a 25%, tentarão novamente em um prazo de um ano.

A literatura aponta que o suicídio é mais comum nos homens com idades entre os 25 e 35 anos, já em relação as mulheres, é relatado que as tentativas de suicídio são mais frequentes, principalmente em mulheres com idades entre 18 e 30 anos. Como indicadores de suicídio, apesar de não haver consenso entre os autores, os mais citados são: desemprego, disponibilidade dos meios para executar o ato suicida, abusos na infância, isolamento social, patologias psiquiátricas associadas ao uso abusivo de álcool e drogas, bem como tentativas de suicídios anteriores. Estimativas referem chances de 20 a 30 vezes mais altas de suicídio em indivíduos que relatam experiências anteriores de tentativas. (STEFANELLO *et al*, 2008; DALGALARRONDO *et al*,2008; SHAH *et al*, 2008; SANTOS *et al*, 2009)

Alguns estudos referem que abusos na infância, sejam eles psicológicos, físicos ou sexuais, funcionaria como fatores de riscos nas tentativas de suicídio. Thornberry *et al*, (2010) realizou um estudo, verificando os impactos dos maus tratos na infância sobre a vida adulta, constatando que dos 907 participantes de sua pesquisa que sofreram maus tratos na infância, 72% apresentavam comportamento violento, uso problemático de álcool, sintomas depressivos e tentativas de suicídio.

O fato de tentativas anteriores relacionarem-se como forte preditor para tentativas futuras e consumação do ato em si, vem demandando grande atenção de estudiosos. Com isto, surge a necessidade de identificar os principais fatores atrelados ao perfil destes pacientes e então elaborar estratégias de prevenção eficientes para o controle de recidivas destes comportamentos. (WERNECK *et al*, 2006, HAKANSSON *et al* 2010; BORGES *& LOERA* 2010)

Alguns estudiosos apontam que um dos principais fatores que precipitam as tentativas de suicídios seria a intoxicação alcóolica. O álcool geralmente é uma substância de baixo custo e fácil acesso, normalmente associado como potencializador de comportamentos autodestrutivos. Apesar de um número de fatores de risco vêm sido sugeridos, ainda não há um perfil de risco bem definido para tentativa de suicídio em pacientes alcoólatras. Acredita-se que os indivíduos recorram ao álcool quando são confrontados a dificuldades e situações estressantes, normalmente são indivíduos com baixa tolerância a frustração, bem como baixa

capacidade de enfretamento e resolução dos problemas. (DALGALARRONDO *et al*,2008; OQUENDO *et al*, 2008; BORGES *& LOERA*,2010)

Esses dados demonstram que a dependência do álcool é um importante fator de risco para o comportamento suicida. Indivíduos dependentes de álcool normalmente apresentam um perfil de comportamento impulsivo e agressivo. Nota-se também que Indivíduos com tentativas de suicídio tendem a ter uma taxa significativamente mais elevada de transtornos depressivos. (WOJNAR *et al*, 2009)

Encontramos três características principais em tentativas de suicídio entre pacientes deprimidos dependentes de álcool: Impulsividade na tentativa, aumento do consumo do álcool em dias anteriores e intoxicação alcóolica momentos antes da tentativa. Quase um terço dos pacientes portadores do transtorno depressivo maior apresentam transtornos por abuso de substância, apontando que esta comorbidade gera maior risco para o comportamento suicida, bem como maior comprometimento pessoal e social. (BOTEGA, 2007; OQUENDO *et al*; SANTOS *et al*, 2009)

Apesar da aparente associação de transtornos mentais e risco de suicídio, ainda é equivocado afirmar que portadores de transtornos mentais cometerão suicídio em algum momento de suas vidas. Contudo, verifica-se que, em mais de 90% dos suicídios, as vítimas portavam algum tipo de transtorno mental, dos quais prevaleceram depressão (58%) e alcoolismo (85%) (MELEIRO, WANG, MELLO-SANTOS, 2007).

Diehl e Laranjeira (2009), ao verificar as tentativas de suicídio e o uso de substancias psicoativas em um pronto socorro, constataram que dos 80 participantes, 10 % relataram uso problemático e 21,2% havia feito uso das mesmas cerca de 6 horas antes das tentativas. Dos indivíduos que mencionaram uso problemático, todos já haviam realizado ao menos uma tentativa de suicídio na vida.

Resultados semelhantes foram encontrados por Wojnar et al (2009), numa amostra composta por 154 pacientes, foi encontrado que 43% dos pacientes dependentes de álcool já haviam tentado suicídio, os fatores estressores mais relacionados foram históricos familiar positivo para suicídio e abuso sofrido na infância. Este que estava fortemente relacionado a um maior nível de impulsividade nas tentativas, sugerindo, que sofrer abuso na infância, poderia ser um forte fator predisponente ao comportamento suicida na idade adulta, principalmente quando

envolvido com uso abusivo do álcool e transtornos de humor. (BÁCSKAI, PINTYE, GEREVICH, 2006).

Outro fator de destaque é a presença da sintomatologia depressiva presente em pacientes que já tentaram suicídio. Principalmente quando acompanhados de sentimentos de desamparo, desesperança, desespero e inutilidade. A OMS (2002) destaca o comportamento suicida como um as principais três causas de morte entre as seguintes faixas-etárias: 15 - 20 – 35. Em indivíduos com idades entre 15 a 44 anos, o suicídio se configura como a sexta causa de incapacitação, devido às tentativas más sucedidas, ou seja, sem a consumação do ato. Homens tendem a utilizar de métodos mais letais, enquanto mulheres se utilizam de métodos que quando há o socorro a tempo o quadro pode ser revertido, como por exemplo, intoxicação por álcool e drogas e auto envenenamento. Entre cada suicídio existem em média, 5 a 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas.

Pesquisas relatam que o suicídio é compreendido hoje como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. Acredita-se que o risco de suicídio ao longo da vida em indivíduos portadores de transtornos do humor (principalmente depressão) é de 6 a 15%; com alcoolismo, de 7 a 15%; e com esquizofrenia, de 4 a 10%. Muitos desses pacientes, cometem suicídio sem nunca terem visto um profissional de saúde mental em períodos anteriores ao ato. (COÊLHO, 2010)

Esses dados nos levam a concluir que a própria população não concebe a depressão como um transtorno, sendo muitas vezes confundidas com uma tristeza profunda e por isso não busca atendimento especializado. E quando nunca, muitas vezes suas queixas são negligenciadas, normalmente, devido à falta de conhecimento do profissional. De acordo com as fontes pesquisadas, a causa da depressão é multifocal, convergindo fatores como as vivências cotidianas, estrutura de personalidade, histórico de vida familiar e predisposição genética. Em episódios depressivos típicos, o indivíduo normalmente sofre de: humor deprimido (tristeza), perda de interesse a prazer, redução na energia (fatigabilidade e diminuição das atividades) (MELEIRO, WANG, MELLO-SANTOS, 2007).

Os fatores de risco mais destacados em portadores de transtorno de humor, principalmente a depressão são: Idade menor que 25 em homens, fases precoces da

doença, abuso de álcool, fase depressiva de um transtorno bipolar e estado misto (maníaco-depressivo) (SIMON *et al*, 2007**;** HAKANSSON *et al*, 2010;).

Fatores associados a tentativas de suicídio em portadores da síndrome da dependência alcoólica: Uma revisão

Camila Cordeiro dos Santos [1], Murilo Duarte Costa Lima[2], Everton Botelho Sougey[3].*

Resumo – O comportamento suicida tem sido reconhecido como um problema crescente entre em portadores da síndrome da dependência alcóolica (SDA). Autores referem que o uso do álcool juntamente com outros fatores de riscos facilitaria tentativas de suicídio nesta população. A presente revisão teve como objetivo investigar os fatores associados às tentativas de suicídio em sujeitos portadores da síndrome da dependência alcoólica. Para a construção da revisão, foi realizada uma busca nas principais bases de dados eletrônicas PubMed, BVS, e Lilacs, por artigos publicados nos períodos de janeiro de 2010 a setembro de 2015, utilizando os seguintes descritores: "*Suicide attempts and alcoholism", "alcoholism", "suicide attempts and risk factors".* Foram encontrados, 161 artigos publicados, porém, apenas 21 foram aproveitados por contemplarem os critérios de inclusão do estudo. Os resultados apontaram vários fatores que quando associados ao uso nocivo ou dependência do álcool, poderiam favorecer a expressão do comportamento suicida, entre os quais, destacam-se: presença de depressão, histórico pessoal, abuso na infância, impulsividade, histórico de suicídio na família e desorganização familiar.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio e alcoolismo, Alcoolismo, fatores de risco

Factors associated with suicide attempts in patients with alcohol dependence syndrome: A review

Abstract – Suicidal behavior has been recognized as a growing problem bearers of alcohol dependence syndrome (SDA). Authors state that the use of alcohol along with other risk factors facilitate suicide attempts in this population. This review aimed to investigate the factors associated with suicide attempts in the subjects with alcohol dependence syndrome. For the construction of the review, a search was conducted in the main electronic databases PubMed, BVS, and Lilacs, for articles published in the period January 2010 to September 2015 using the following keywords: "*Suicide attempts and alcoholism", "alcoholism", "suicide attempts and risk factors".* Were found, 161 published articles, but only 21 were availed by contemplating the inclusion criteria of the study. The results pointed out several factors that when combined with abuse or dependence on alcohol, could favor the expression of suicidal behavior, among which are: presence of depression, personal history, childhood abuse, impulsivity, suicide of a family history and family disorganization.

Key Words: Suicide attempts and alcoholism, alcoholism risk factors

Estudo realizado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil. [1]Doutoranda em Neuropsiquiatria, [3]Doutor em Medicina pela Universidade de Barcelona, Coordenador do Núcleo Especializado em Dependência Química (NEDEQ). [3] PhD. Professor do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE, Brasil

*__Camila Cordeiro dos Santos -__ Rua Maragojipe, 180, Jardim São Paulo – 50920-110 – Recife, PE, Brasil. E-mail: camilachristielly@hotmail.com

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Introdução

A utilização do álcool pelos seres humanos vem sendo relatado por vários pesquisadores de tempos mais remotos aos dias atuais[1]. O seu consumo ao longo do tempo, produz tolerância, onde o sujeito precisa de doses cada vez maiores até significativa dependência física, originando diversas repercussões em sua saúde física, mental, impactando em relacionamentos interpessoais e laborais. O mesmo, se configura como uma substância de fácil acessibilidade, baixo valor e aceitabilidade social, o seu uso muitas vezes é incentivado e encorajado. [1,2]

A Síndrome da Dependência Alcoólica (SDA), caracteriza-se como um transtorno constituído ao longo da vida, tornando-se desta forma, crônico. É definido como um estado psíquico e físico devido à ingestão repetitiva do álcool, havendo desta forma a compulsão de ingestão de bebidas alcoólicas [3.]

Um problema que vem sendo reconhecido de forma cada vez mais frequente, são as tentativas de suicídio e suicídio nesta população[1,2]. O uso nocivo de álcool e a dependência alcoólica associam-se frequentemente a outros transtornos psiquiátricos, maior exposição a riscos, como também ao comportamento suicida[3]. Estudos que verificaram o nível de alcoolemia no sangue de vítimas de mortes violentas, apresentaram em grande parte, resultados positivos, principalmente em mortes prematuras devido a acidentes, homicídios, suicídios e suicídios indeterminados[4-6.] Os sangues analisados mostravam níveis de concentração alcoólica superior ao permitido por lei, representando um importante fator de risco para todos os tipos de mortes violentas. [7- 9].

A literatura demonstra que o uso abusivo de álcool e drogas associados a transtornos mentais, principalmente sintomatologia depressiva, tem sido importante preditor em tentativas de suicídio, indicando que a depressão em pacientes alcoolistas precede as tentativas de suicídio na maioria dos casos. Entretanto, ainda não há um perfil de risco estabelecido para tentativa de suicídio em pacientes alcoolistas portadores de transtornos mentais, acreditando-se ainda na interação de fatores que facilitariam a ocorrência desse tipo de comportamento [10, 11.]

Um estudo conduzido por Thornberry [12], (2010) verificou as repercussões que maus tratos na infância traria na vida adulta, onde constatou que dos 907 participantes de sua pesquisa, 72% apresentavam comportamento violento, problemas com álcool,

sintomas depressivos e tentativas de suicídio, dados esses, corroborados por vários estudos[13-17], que objetivavam identificar os fatores relacionados a vivências traumáticas na infância com tentativas de suicídio e na idade adulta [15-23]

Em vista a problemática exposta, o presente estudo teve como objetivo, verificar na literatura atual, quais os principais fatores associados a tentativas de suicídio em portadores da SDA.

Método

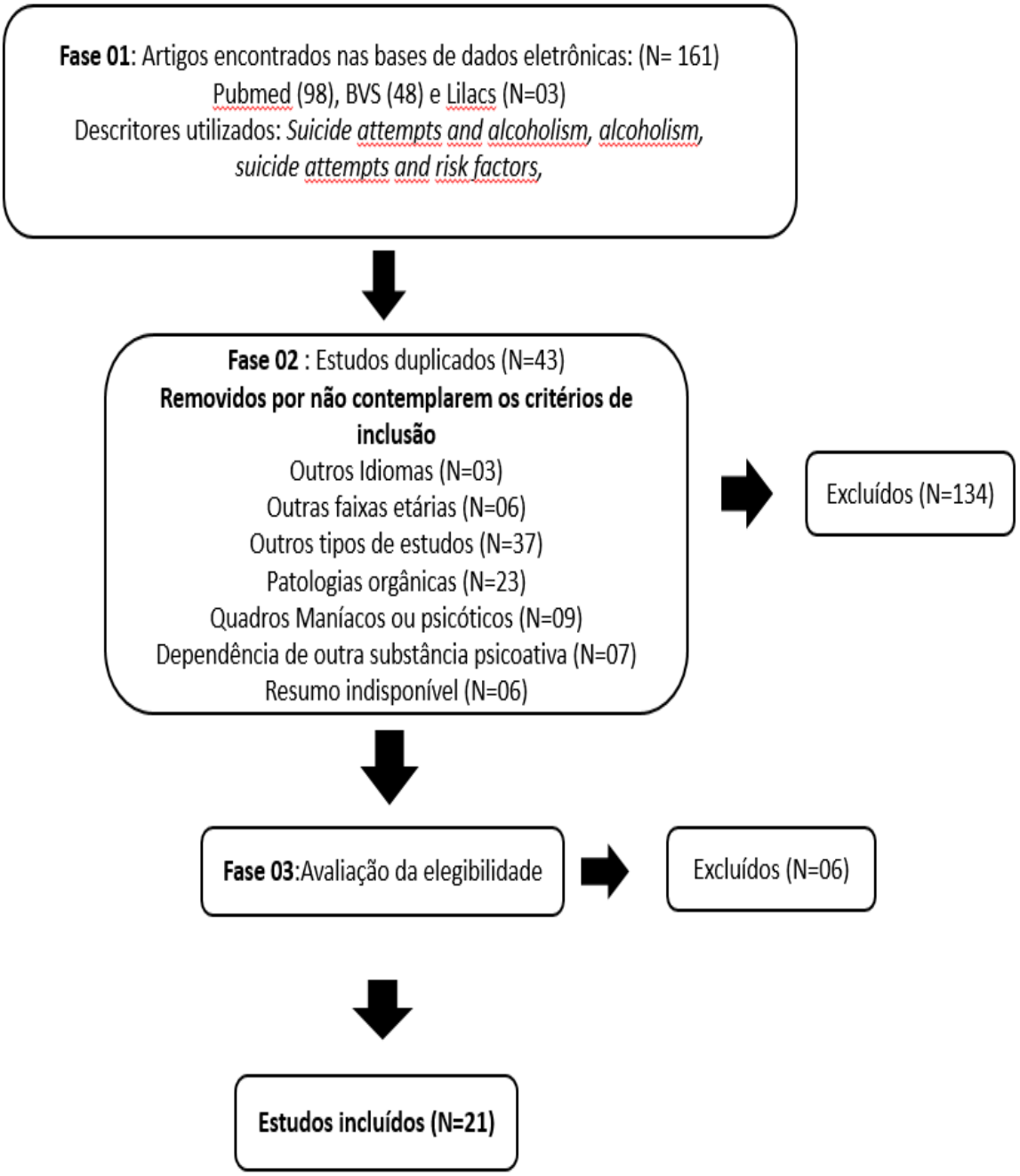
Esta pesquisa é um estudo de corte transversal; quanto à abordagem: qualitativa; quanto aos objetivos: exploratória e descritiva; quanto ao nível de investigação: básica, podendo tornar-se aplicada, após coleta de dados e maior aprofundamento futuro; quanto aos procedimentos de coleta: bibliográfica.

Nesse sentido, realizou-se uma revisão integrativa da literatura disponível nos principais bancos de dados da PubMed, BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), e Lilacs. Os artigos coletados foram publicados nos últimos cinco anos, ou seja, compreendidos no período de janeiro de 2010 a setembro de 2015. Os descritores utilizados nas bases de dados em inglês foram: "*Suicide attempts and alcoholism", "alcoholism", "suicide attempts and risk factors"*.

A presente revisão incluiu artigos que cumpriam os seguintes critérios: a) Pesquisas originais b) Pesquisa com seres humanos c) com texto em inglês, português, espanhol e alemão d) sujeitos com idade entre 18-65 anos e) pesquisa com sujeitos que cumpriam os critérios diagnósticos para uso nocivo ou dependência alcoólica. Foram excluídos da amostra, estudos que a) não apresentavam resumos disponíveis b) outros idiomas c) Estudo com crianças ou adolescentes d) outros estudos que não demonstravam relevância a temática investigada e) Patologias orgânicas d) Quadros maníacos ou psicóticos, uma vez que a natureza dos sintomas poderia mascarar os fatores investigados e) Dependência de outra substância psicoativa que não fosse o álcool.

Do total da busca, foram obtidos 161 artigos, dos quais apenas 21 foram aproveitados, por serem pertinentes e relevantes ao objetivo do presente artigo, conforme fluxograma abaixo:

Figura 1. Fluxograma e critérios de seleção e inclusão dos artigos.



Resultados

Como já mencionado, a busca localizou um total de 161 artigos dos quais apenas 21 puderam ser aproveitados neste estudo. A grande maioria dos estudos foram transversais, seguidos por retrospectivos, prospectivos, descritivos e comparativos. A número de participantes variavam em função do serviço/centro em que as informações eram coletadas. Os instrumentos utilizados, foram em sua grande totalidade, entrevistas estruturadas [19,24, -29], escalas para a verificação de comorbidades psiquiátricas [18,22,25,29-31] questionários para avaliação do uso problemático com o álcool e outras drogas [18,30-36], entrevistas sobre experiências infantis[19,20-23] e em quase 90%, escalas para avaliação do risco ou tentativas de suicídio, conforme a tabela 1:

Tabela 1: Características dos estudos incluídos na revisão da literatura

Autor, Ano	Tipo de estudo	Amostra	País do estudo	Instrumentos utilizados
Tovilla *et al.*. 2013 [24]	Comparativo	144	México	Escala de ideação suicida
-Gómez *et al.* 2014 [30]	Transversal	57	EUA	Entrevista neuropsiquiátrica Mini-internacional, questionários avaliativos sobre consumo de substâncias, depressão e tentativas de suicídio, e a escala de Holmes e Rahe para a avaliação de estresse.
Jakubczyk *et al*. 2014 [18]	Transversal	364	Polônia	Dados demográficos, avaliação de histórico familiar em transtorno mental, histórico de tentativas de suicídio, abuso sexual e físico na infância e na idade adulta e gravidade dos problemas com álcool.
Kubiak *et al.* 2013 [24]	Transversal	124	Polônia	Entrevista estruturada.

Desouches *et al.* 2011 [33]	Retrospectivo	200	Argentina	Registros epidemiológicos conduzidos por profissionais do Departamento de Psiquiatria do Hospital Posadas, contendo informações gerais sobre a tentativa de suicídio e consumo de substâncias psicoativas
Singh *et al.* 2013[25]	Comparativo	218	Índia	Entrevista e administração de Patient Health Questionnaire (PHQ)
Czyz *et al.* 2013 [26]	Descritivo	165	Web	Entrevista estruturada e uma pergunta aberta sobre os motivos que o levam a não procurar ajuda profissional.
Hung *et al.* 2013[a] [19]	Prospectivo	194	Taiwan	Entrevista estruturada e questionário para avaliação experiências adversas na infância
Garcia -Rabago *et al.* 2010 [27]	Comparativo	106	Colômbia	Entrevista estruturada
Hung *et al*. 2013b [20]	Transversal	175	Taiwan	Questionários sobre a história da Saúde da Família
Mackril e Hesse, 2012 [21]	Transversal	344	Dinamarca	Entrevistas sobre experiências na infância
Huang *et al.* 2012 [22]	Transversal	196	EUA	Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV - Transtornos do Eixo I e Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) para verificação de traumas na infância
Klimkiewicz, *et al*. 2012 [28]	Comparativo	113	Polônia	Entrevista
Matsumoto, *et al.* 2012 [31]	Transversal	1420	Japão	Um questionário de auto-relato sobre idade, sexo, tipos de substâncias ilícitas, depressão e comportamento suicida atual
Yaldizli, *et al.* 2010 [36]	Transversal	1863	EUA	Questionário padronizado

Vyssoki, *et al.* 2011 [34]	Retrospectivo	116	Áustria	Questionário para avaliação da distribuição temperamental. As dimensões sobre a dependência de álcool foram avaliadas utilizando uma entrevista estruturada informatizada.
Randall, *et al.* 2013 [32]	coorte prospectiva	107	Canadá	Testes de associação implícitas que avaliaram pensamentos de morte, suicídio e automutilação. Também foram preenchidos pelos pacientes: Inventário de Desesperança de Beck, escala de impulsividade Barratt, a escala CAGE para alcoolismo, e o teste de despistagem de drogas de abuso
Hashimoto e Ashizawa. 2012 [35]	Transversal	64	Japão	Preenchimento de dados sócio demográficos, participação no AA, histórias familiares sobre dependência de álcool, período de abstinência, e fenômenos suicidas. Foram também, questionados sobre seu comportamento antes e depois de se tornar membros de AA
Demirbas *et al.* 2011 [33]	Retrospectivo	142	Turquia	Escala de ideação suicida, Inventário de Depressão de Beck, Inventário de Desesperança de Beck, Escalas de Estado/Traço de Ansiedade de Spielberger, e a Expressão de Raiva Traço-Estado
Bedi *et al.* 2011[23]	Retrospectivo	2559	EUA	Banco de dados de um estudo com família sobre maus tratos na infância

Hamdan *et al.* 2011 [29]	Transversal	468	EUA	Entrevista estruturada, o Composite International Diagnostic Interview (CIDI), além disso, foram avaliadas depressão, ansiedade, desesperança, impulsividade e hostilidade auto referida, adversidades na primeira infância e comportamento suicida em parentes de primeiro e segundo grau.

No que se refere aos principais fatores de riscos relacionados às tentativas de suicídio em sujeitos que fazem uso nocivo ou são portadores da síndrome da dependência alcóolica, foi construída uma tabela (tabela 2) com a finalidade de apresentar os dados de forma sucinta e objetiva.

Tabela 2: Objetivos dos estudos e fatores de riscos associados as tentativas de suicídio

Autor, Ano	Objetivo do estudo	Fatores associados	Conclusão
Reyes-Tovilla *et al.*. 2013 [24]	Identificar as diferenças entre os pacientes com tentativa de suicídio impulsiva e pacientes com tentativa de suicídio premeditada.	Maior escolaridade e menor gravidade foram encontrados em pacientes com tentativas impulsivas O consumo de álcool e uso de *cannabis* estiveram presentes em pacientes que haviam premeditado uma tentativa.	Existem diferenças clínicas entre os indivíduos que realizaram uma tentativa de suicídio impulsiva daqueles que haviam premeditado.
Ortiz-Gómez *et al.* 2014 [30]	Determinar os fatores psicológicos e sócio-demográficos associados a depressão e tentativas de suicídio em sujeitos em reabilitação para consumo de drogas.	Depressão e abuso de álcool e outras drogas.	O uso de substâncias na família em associação à depressão e dependência de álcool funcionou como fator de risco, ressaltando a necessidade de ações destinadas a prevenir vícios no ambiente doméstico.

Jakubczyk *et al*. 2014 [18]	Investigar associações entre a história de abusos sexuais na infância e tentativas de suicídio em uma amostra de pacientes dependentes de álcool.	Mulheres jovem, maior gravidade da dependência de álcool, menor apoio social, e pior situação econômica. Além disso, houve uma associação significativa entre a história de tentativas de suicídio e histórico de transtorno mental familiar, tentativas de suicídio na família, a história de abuso sexual na infância, bem como história de abuso físico.	Histórico de abuso sexual na infância é um fator de risco significativo em tentativas de suicídio em indivíduos dependentes de álcool.
Kubiak *et al.* 2013 [24]	Analisar, os principais fatores associados à tentativa de suicídio por overdose de drogas no mês anterior.	Eventos estressantes interpessoais. A grande maioria deles estavam associados aos relacionamentos com cônjuges ou parceiros.	Eventos estressantes no mês anterior à tentativa de suicídio associados a relacionamentos interpessoais conturbados estariam associados as tentativas de suicídio.
Desouches *et al.* 2011 [33]	Analisar o uso de substâncias psicoativas em pacientes internados em um Hospital Geral com o diagnóstico de tentativa de suicídio e definir o perfil de comportamento suicida.	Associação entre o consumo de álcool, maconha e cocaína foi encontrada no sexo masculino, álcool e sedativos no sexo feminino.	Substâncias psicoativas encontram-se associadas a tentativas de suicídio.
Singh *et al.* 2013[25]	Validar relatório anterior referente ao alto índice de suicídios e avaliar traços psicológicos.	Gênero feminino, Depressão, ansiedade, abuso de álcool e transtorno alimentar como compulsão alimentar e Bulimia nervosa.	Depressão e gênero feminino foram apontados como fatores significativos em tentativas de suicídio na população estudada, ao passo que o abuso de álcool embora citado, não foi um aparentou ser um fator significativo.

Czyz *et al.* 2013 [26]	Descrever as barreiras auto-relatadas na busca de atendimento profissional entre os estudantes universitários que estão apresentam elevado risco de suicídio.	O estigma foi mencionado por apenas 12% dos alunos. Houve diferenças notáveis com base no sexo, raça e gravidade da depressão e abuso de álcool.	Intervenções visando alcançar os sujeitos com risco de comportamento de risco suicida elevado devem ser particularmente sensíveis a estas barreiras comumente descritas.
Hung *et al.* 2013[a] [19]	Avaliar a associação entre história de experiências adversas na infância e tentativas de suicídio.	Depressão vida, uso de drogas ilícitas, e a gravidade da dependência do álcool, abuso físico na infância, divórcio dos pais.	Há uma relação direta entre adversidades na infância e tentativas de suicídio entre pacientes alcoólatras do sexo masculino.
Garcia - Rabago *et al.* 2010 [27]	Identificar os fatores de risco associados às tentativas de suicídio de baixa letalidade e tentativas de suicídio de alta letalidade.	As taxas de tentativas mais elevadas ocorreram no grupo de alta letalidade, mas apenas dois fatores tiveram diferença estatística significativa: "viver sozinho" e "intoxicação por álcool horas antes, adulto jovem e sexo masculino.	"viver sozinho" e intoxicação alcoólica demostrou diferenças estatisticamente significativas.
Hung *et al*. 2013b [20]	Identificar a associação entre exposição de adversidades na infância e propensão a tentativas de suicídio futuras	Entre os participantes, 48 tinham história de tentativa suicídio e 156 relataram adversidades na infância.	Histórico de abuso e exposição a adversidades na infância alcançou o melhor poder preditivo para uma tentativa de suicídio futura.
Mackril e Hesse, 2012 [21]	Explorar a associação entre o comportamento suicida em pais com problemas de abuso de álcool e comportamento suicida em sua prole.	Comportamento suicida parental, abuso de álcool, Ameaças de suicídio.	O estudo salienta a importância de abordar e avaliar a história da família com comportamento suicida e suas repercussões em sua prole.
Huang *et al.* 2012 [22]	Analisar a prevalência da exposição a traumas na infância em pacientes submetidos	Abuso emocional abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física.	Observou-se altos índices comportamentos suicidas, abuso de álcool e comorbidades psiquiátricas em sujeitos

	desintoxicação alcoólicas.		expostos a traumas na infância.
Klimkiewicz, *et al*. 2012 [28]	Comparar os relatos sobre tentativas de suicídio durante um episódio de *binge drink* com os de tentativas de suicídio durante a sobriedade relativa.	Sexo masculino, idade mais jovem, maior gravidade de dependência de álcool e a tentativa impulsiva.	Entre os pacientes em tratamento para dependência de álcool que realizou uma tentativa de suicídio, a tentativa mais séria, foi cometida de forma impulsiva por homens durante um episódio de *binge drink*.
Matsumoto, *et al.* 2012 [31]	Identificar fatores de risco para o suicídio no transtorno do uso de substâncias psicoativas e examinar as diferenças entre gêneros entre esses pacientes.	Depressão atual foi associada com ideação suicida grave em pacientes do sexo feminino.	Idade mais jovem e sexo feminino estavam intimamente associada com ideação suicida grave.
Yaldizli, *et al.* 2010[36]	Determinar os fatores de risco para tentativa de suicídio em um subgrupo de pacientes com história de dependência de álcool ou abuso e sintomas depressivos.	Sintomas depressivos, experiências adversas durante o consumo de álcool, experiências de abuso de droga.	Os fatores de risco preditivos para a tentativa de suicídio nesta população foram o abuso ou dependência de álcool associados a sintomas depressivos.
Vyssoki, *et al.* 2011 [34]	Avaliar o impacto dos traços temperamentais em pacientes dependentes de álcool sobre o curso da doença.	Temperamento depressivo e dependência do álcool aumentaram a probabilidade de tentativas de suicídio.	Temperamento depressivo e ansioso, parecem ser preditores de tentativas de suicídio na dependência do álcool.
Randall, *et al.* 2013 [32]	Identificar a relação entre pensamentos implícitos sobre a morte, suicídio e auto-mutilação com a ocorrência de auto-mutilação no futuro.	Depressão, ansiedade, impulsividade e abuso de álcool	A existência e interação de comorbidades acarretam maior probabilidade de comportamento de auto-mutilante
Hashimoto e Ashizawa. 2012 [35]	Descrever a redução do risco de suicido na dependência do álcool em pacientes que	Histórias familiares sobre dependência de álcool, período de abstinência, e fenômenos suicidas,	A participação no grupo AA causou uma diminuição significativa no risco de fenômenos

	participavam do Alcoólicos Anônimos (AA)	foram retrospectivamente perguntados antes e depois de se tornar membros de AA.	suicidas em dependência do álcool.
Demirbas *et al.* 2011 [33]	Avaliar as relações entre estilos de expressão raiva, estado e traço de ansiedade - em pacientes dependentes de álcool com a probabilidade, de suicídio.	Houve correlações significativas entre a probabilidade de suicídio em depressão, alto nível de raiva, baixo nível de desesperança.	Ansiedade, desespero e depressão, aumentaram a probabilidade tentativa de suicídio em pacientes dependentes de álcool.
Bedi *et al.* 2011[23]	Descrever a associação entre abuso sexual na infância, depressão e tentativa de suicídio.	Risco significativo associado ao abuso sexual na infância, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, e comportamento suicida em homens e mulheres.	Abuso sexual na infância, depressão e transtorno de estresse pós-traumático aumentariam os riscos de tentativas de suicídio.
Hamdan *et al.* 2011 [29]	Investigar a correlação entre comportamento suicida parentes árabes selecionados por conta da alta taxa de comportamento suicida.	Tentativas de suicídio, depressão, ansiedade, desesperança, impulsividade e hostilidade, adversidades na primeira infância e comportamento suicida em parentes de primeiro e segundo grau.	Foram encontradas associações significativas entre pensamentos e comportamentos suicidas, presença de história familiar de suicídio e transtornos mentais. Além disso, impulsividade e hostilidade também foram significativamente associados com tendências suicidas.

Um estudo conduzido por Klimkiewicz e cols[28]. (2012), ao comparar a letalidade da tentativa do suicídio, destaca que a mesma seria mais grave quando associada a comportamento impulsivo e intoxicação alcoólica por *binge drink.*

Binge Drinking é definido internacionalmente como o padrão de consumo de 4 ou mais doses em uma ocasião [28], No Brasil, este fenômeno é semelhante ao beber pesado em um curto espaço de tempo. Zalesky (2010)[37] aponta que este padrão de

consumo, encontra-se fortemente associado a maiores problemas físicos, mentais e sociais do que padrões de consumo que se aproximam da dependência.

Esses autores [28,29,37], acreditam que a intoxicação alcoólica aguda funcionaria como uma espécie de gatilho para pensamento suicidas e tentativas entre os sujeitos com outros fatores de riscos associados, aumentando a impulsividade e influenciando o potencial de letalidade da tentativa

Outro fator constantemente apontado, é a presença de sintomatologia depressiva e outras comorbidades psiquiátricas. Dos 57 participantes do estudo de Ortiz-Gómez e cols.[30] (2014) 68,4% dos pacientes tinham depressão maior, destes, 75,4% tinham histórico de abuso de substâncias, sobretudo o álcool. A depressão, foi sem dúvida o transtorno mais prevalente quando comparada a quadros de ansiedade e estresse pós-traumático [23, 29,34, 36]. Não foram incluídos nesse estudo quadros maníacos ou psicóticos pois, por conta da natureza dos sintomas os comportamentos investigados poderiam ser mascarados ou alterados por conta da própria psicopatologia inerente aos mesmos.

Apesar de ser considerado um depressor do sistema nervoso central influenciando a maioria dos sistemas neuroquímicos, quando consumido, o álcool, provoca desinibição e euforia podendo desencadear comportamentos inadequados predispondo então à violência. Acredita-se que este fenômeno é originado devido às propriedades psicoativas encontradas no mesmo, causando no decorrer do uso sérios comprometimentos neuropsicológicos, incluindo déficit de atenção, alterações cognitivas, distorção da percepção levando a um julgamento inadequado e equivocado das situações vivenciadas, aumentando e estimulando comportamentos violentos, hetero e autodirigidos. [38, 39]

Estudos relacionados a avaliações neuropsicológicas como o de Cunha e Novaes (2004) [39], relatam inúmeros comprometimentos cognitivos decorrentes do uso abusivo do álcool, principalmente na função executiva, que envolve a capacidade de resolver problemas, antecipar consequências e modificar estratégias, observando o próprio comportamento, comparando-o com o planejamento inicial. Achados semelhantes, são encontrados em pacientes diagnosticados com depressão. Outros sintomas cognitivos relacionados ao abuso do álcool frequentemente relatados por alguns pesquisadores são: euforia, irritabilidade, labilidade afetiva, prejuízo no

julgamento, diminuição da atenção, sonolência, lentificação psicomotora, redução do nível da consciência, podendo levar ao coma [39, 40]

É sabido que, por ser uma substância depressora, o álcool reduz a concentração de serotonina principalmente em regiões responsáveis pela modulação do comportamento. A redução da transmissão desse neurotransmissor em conjunto com a diminuição do mesmo (provocado pela ingestão alcoólica), típica em pacientes deprimidos, contribuem então, na expressão da agressividade e impulsividade. [40]

A consistência desses dados, levantaram a hipótese de que a agressividade, a impulsividade, bem como outros achados psicopatológicos pudessem estar relacionados ao comportamento suicida. Hipóteses estas, corroboradas em estudos de neuroimagem. [41]

Heeringen (2010) [42], através de uma revisão sistemática, destacou que pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool, apresentaram alterações volumétricas na substância cinzenta, hipometabolismo na região frontal (responsável pelas funções mentais superiores como planejamento, controle da impulsividade e execução) além de baixo processamento em atividades cognitivas. Resultados semelhantes foram encontrados em pacientes com depressão e histórico de tentativas de suicídio, corroborando a hipótese de que ambos os transtornos compartilham a mesma fisiopatologia.

Outro fator frequentemente associado ao risco aumentado para tentativas de suicídio, é o abuso infantil, seja psicológico, físico ou sexual. Ao realizar um levantamento sobre os principais fatores associados às tentativas de suicídio, Hamdan (2011) [29], afirma que há associações significativas entre pensamentos e comportamentos suicidas, presença de história familiar de suicídio e transtornos mentais. Esses dados foram substanciados com outros estudos que demonstravam: uso de substâncias na família [30,33] abusos [18] ou exposição a comportamentos violentos entre parentes [19],[20], ameaças ou tentativas de suicídio feitas pelos pais [21] além da presença de transtornos psiquiátricos na família [20-22,29], funcionariam como fortes preditores de tentativas de suicídio nesta população.

História de tentativas prévias de suicídio, parecem ser fatores de risco comuns a várias populações como forte preditor para o risco para suicídio completo em alguns estudos [18-21,28,29,34, 43, 44.] Estima-se que existem cerca de dez tentativas para cada ato

consumado, quatro tentativas não conhecidas para cada uma registrada [43,44]. Sendo consideradas muitas vezes como a sexta causa de incapacitação, devido às tentativas más sucedidas, ou seja, sem a consumação do ato.

No que tange ao gênero, em mulheres são relatados maiores números de tentativas do que no sexo oposto. Homens tendem a utilizar de métodos mais letais, enquanto mulheres se utilizam de métodos em que, quando há o socorro em tempo hábil, o quadro pode ser revertido, como por exemplo, intoxicação por álcool e drogas e auto envenenamento.[20, -25,31]. Apenas um estudo não encontrou correlação entre abuso de álcool em tentativa de suicídio em mulheres[25], no entanto, pelo fato do estudo ter sido realizado na Índia onde, a grande maioria das doutrinas religiosas condenem o ato de beber, acredita-se que o número de abstêmios seja muito alto e assim a associação esteja enviesada.

A grande maioria dos estudos, no entanto, demonstrou uma forte associação de transtornos mentais, sobretudo os de humor depressivo e abuso de substância, principalmente o álcool e histórico de abuso infantil como fatores que aumentariam a propensão à comportamentos suicidas. Apesar de serem considerados comórbidos, ainda não foi possível estabelecer qual seria transtorno de base (se a SDA favoreceria o surgimento de transtornos depressivos ou, os transtornos depressivos levariam à SDA). Acredita-se que as alterações emocionais, disfunções no processamento cognitivo e a baixa modulação da impulsividade, estariam relacionados ao comportamento adicto, depressivo e suicida.

Todavia, estudos com pacientes em tratamento/reabilitação, vem se mostrando muito promissores. Hashimoto e Ashizawa (2012)[35], apontaram uma significativa diminuição nas tentativas de suicídio em pacientes que apresentavam esses fatores de risco. No entanto, não são todos os sujeitos que conseguem ter acesso a tratamentos adequados. Czyz e cols (2013) [26] apontam que algumas populações com risco elevado, defrontam-se com barreiras ao buscarem atendimento especializado, como o estigma e preconceito, por exemplo. Muitas pessoas ainda acreditam que a tentativa de suicídio é um comportamento de livre escolha do sujeito, que é uma manifestação da sua autonomia ou uma tentativa de manipulação ou chamar a atenção. Mas isso é equivocado; é um problema de saúde mundial, em geral, a

expressão final de um estado mental deprimido, produzido normalmente por uma doença que é possível de tratar.

Conclusão

Apesar dos levantamentos realizados, percebe-se o quão complexo é identificar a gênese do comportamento suicida. Dentre os fatores de riscos mais relatados, encontram-se: Presença de algum transtorno psiquiátrico, quase sempre de humor, abuso de álcool e outras drogas. Salienta-se, no entanto, que apesar da grande correlação, esses fatores parecem ser necessários, mas não suficiente para o desenvolvimento do comportamento suicida. Verificou-se que a associação desses fatores em conjunto a: histórico de abusos na infância, impulsividade, hostilidade, baixa tolerância à frustração, tentativas prévias, história de suicido na família, desorganização familiar, solidão, desesperança, apresentaram forte predição às tentativas de suicídio.

Referências

1. Coelho. B M. A influência da comorbidade entre depressão e transtorno por uso de álcool nos comportamentos suicidas no Epidemiológica de São Paulo Estudo de Área de Captação, Brasil.Rev. Bras. Psiquiatr. vol.32 no.4 São Paulo dez 2010.

2. Hakansson a, Bradvik l, Schlyter f, Berglund m. Factors associated with the history of attempted suicide. Crisis. 31(1):12-21, 2010.

3. Laranjeira, R. . Apresentação: Álcool: Da saúde pública à comorbidade psiquiátrica. Rev. Bras. Psiquiatr, 26(1), 1-2. 2004.

4. Freitas EA; Mendes ID; Oliveira LC . Alcohol consumption among victims of external causes in a university general hospital. Rev Saude Publica;42(5): 813-21, 2008 Oct.

5. Ray JG, Moineddin R, Bell CM, Thiruchelvam D, Creatore MI, Gozdyra P, Cusimano M, Redelmeier DA. Alcohol sales and risk of serious assault. PLoS Med. 2008 May 13;5(5):e104.

6. McKinney CM, Caetano R, Rodriguez LA, Okoro N. Does alcohol involvement increase the severity of intimate partner violence? Alcohol Clin Exp Res. 2010 Apr;34(4):655-8.

7. Palmstierna T; Olsson D. Violence from young women involuntarily admitted for severe drug abuse. Acta Psychiatr Scand;115(1): 66-72, 2007 Jan.

8. Paula, C M. C. de; Ruzzene, M A. M; Martinis, B S. Blood alcohol concentration and violent deaths. Medicina (Ribeirão Preto);41(1): 24-29, jan.-mar. 2008. tab, graf.

9. Pulay AJ, Dawson DA, Hasin DS, Goldstein RB, Ruan WJ, Pickering RP, Huang B, Chou SP, Grant BF. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry. 2008 Jan;69(1):12-22.

10. King, a l s; Nardi, a e; Cruz, M S. Suicide risk in alcohol-dependent patient with depression. J Bras Psiquiatr; 55(1): 70-73, jan.-mar. 2006.

11. Bolton JM; et al. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Source: J Clin Psychiatry, 69 (7): 1139-1149, July 2008.

12. Thornberry TP, Henry KL, Ireland TO, Smith CA. The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. J Adolesc Health. 2010 Apr;46(4):359-65. Epub 2010 Jan 4.

13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol and suicide among racial/ethnic populations - 17 states, 2005-2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Jun 19;58(23):637-41.

14. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Substance use in suicides in Mexico: results of the Epidemiological Surveillance System of Addictions, 1994-2006. Salud Publica Mex. 2009 Jul-Aug;51(4):306-13. Spanish.

15. Walton MA; Chermack ST; Shope JT; Bingham CR; Zimmerman MA; Blow FC; Cunningham RM.Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. JAMA;304(5): 527-35, 2010 Aug 4.

16. Chermack ST; Murray RL; Walton MA; Booth BA; Wryobeck J; Blow FC. Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: correlates of psychological and physical aggression and injury. Drug Alcohol Depend;98(1-2): 35-44, 2008 Nov 1.

17. Colbert SJ; Krause N. Witnessing violence across the life course, depressive symptoms, and alcohol use among older persons. Health Educ Behav;36(2): 259-77, 2009 Apr.

18. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Krasowska A, Kopera M, Sławińska-Ceran A, Brower KJ, et al. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. Child Abuse Negl. 2014 Sep;38(9):1560-8.

19. Hung GC, Huang MC, Yip PS, Fan HF, Chen YY. Association between childhood adversities and suicide attempts among alcoholic inpatients in Taiwan. J Stud Alcohol Drugs. 2013a Jul;74(4):559-64.

20. Hung GC, Caine ED, Fan HF, Huang MC, Chen YY. Predicting suicide attempts among treatment-seeking male alcoholics: an exploratory study. Suicide Life Threat Behav. 2013 Aug;43(4):429-38

21. Mackrill T, Hesse M. Suicide behavior in parents with alcohol abuse problems and suicide behavior in their offspring-adult offspring and counselor perspectives. Nord J Psychiatry. 2012 Oct;66(5):343-8.

22. Huang MC, Schwandt ML, Ramchandani VA, George DT, Heilig M. Impact of multiple types of childhood trauma exposure on risk of psychiatric comorbidity among alcoholic inpatients. Alcohol Clin Exp Res. 2012 Jun;36(6):1099-107

23. Bedi S, Nelson EC, Lynskey MT, McCutcheon VV, Heath AC, Madden PA, et al. Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. Suicide Life Threat Behav. 2011 Aug;41(4):406-15.

24. Kubiak M, Musikowska B, Sein Anand J. Recent life events preceding suicide attempt by drug overdose. Przegl Lek. 2013;70(8):551-4.

25. Singh PK, Singh RK, Biswas A, Rao VR. High rate of suicide attempt and associated psychological traits in an isolated tribal population of North-East. J Affect Disord. 2013 Nov;151(2):673-8.

26. Czyz EK, Horwitz AG, Eisenberg D, Kramer A, King CA. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. J Am Coll Health. 2013;61(7):398-406.

27. García-Rábago H; Sahagún-Flores JE;Ruiz-Gómez A; Sánchez-Ureña GM; Tirado-Vargas JC; González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. / [Comparing high- and low-lethality factors regarding attempted suicide-associated risk factors].Rev Salud Publica (Bogota); 2010 Oct.12(5): 713-21,

28. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. Alcohol Alcohol. 2012 Sep-Oct;47(5):571-6.

29. Hamdan S, Melhem N, Orbach I, Farbstein I, El-Haib M, Apter A, et al. Risk factors for suicide attempt in an Arab kindred. J Affect Disord. 2011 Jul;132(1-2):247-53.

30. Ortíz-Gómez LD, López-Canul B, Arankowsky-Sandoval G. Factors associated with depression and suicide attempts in patients undergoing rehabilitation for substance abuse. J Affect Disord. 2014 Dec;169:10-4.
31. Matsumoto T, Matsushita S, Okudaira K, Naruse N, Cho T, Muto T, et al. Sex differences in risk factors for suicidality among Japanese substance use disorder patients: association with age, types of abused substances, and depression. Psychiatry Clin Neurosci. 2012 Aug;66(5):390-6
32. Randall JR, Rowe BH, Dong KA, Nock MK, Colman I. Assessment of self-harm risk using implicit thoughts. Psychol Assess. 2013 Sep;25(3):714-21
33. Demirbas H, Ilhan IO, Dogan YB. Assessment of the mode of anger expression in alcohol dependent male inpatients. Alcohol Alcohol. 2011 Sep-Oct;46(5):542-6.
34. Vyssoki B, Blüml V, Gleiss A, Friedrich F, Kogoj D, Walter H, et al. The impact of temperament in the course of alcohol dependence J Affect Disord. 2011 Dec;135(1-3):177-83.
35. Hashimoto S, Ashizawa T. Does participating in AA decrease the risk for suicide in alcohol dependence?. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2012 Dec;47(6):308-16
36. Yaldizli O; Kuhl HC; Graf M; Wiesbeck GA; Wurst FM. Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: a subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. Drug Alcohol Rev; 2010 Jan. 29(1): 64-74,
37. Zaleski, Marcos; et al. Intimate partner violence and alcohol consumption. Rev. Saúde Pública; 2010 44(1): 53-59,.
38. Higgins E. S.; George M.S. Neurociências para prática clínica: a fisiopatologia do comportamento e da doença mental. Porto Alegre: Artmed, 2010.
39. Cunha, p. J., & Novaes, M. A. . Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(1), 23-27. 2004
40. Marlbergier, a.; Amaral R. A. Transtornos relacionados com o uso de substâncias psicoativas. Em: Teixeira L. A.; Caramelli P. Neurologia cognitiva e do comportamento. Rio de Janeiro, Revinter, Pp 402-413,2012.
41. Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006.
42. Heeringen, K V. Functional brain imaging suicidal patientes. Psychiatria Danubina, Vol. 22, suppl 1, 2010
43. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. Br J Psychiatry. 2003;183:28-33.
44. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. Bipolar Disord. 2013:15(5):524-41.

5. PERGUNTA CONDUTORA

Existiriam fatores comórbidos associados à tentativa de suicídios entre pacientes portares da síndrome da dependência alcoólica?

6. HIPÓTESES

O comportamento suicida em pacientes alcoolistas é influenciado pela presença de comorbidades psiquiátricas, principalmente as depressivas.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo Geral

Investigar possíveis diferenças entre portadores da Síndrome da dependência alcóolica que tentaram suicídio e os que nunca tentaram.

7.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sóciodemográficas presentes entre os dois grupos.
- Apresentar a relação do histórico familiar positivo para tentativa de suicídio e transtorno mental e a influência no comportamento dos sujeitos
- Explorar os fatores associados a tentativas de suicídio no grupo dos que tentaram suicídio
- Verificar a presença de comorbidades psiquiátricas entre os dois grupos.

8. MÉTODOS

8.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa se configura em um estudo caso-controle, realizada no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016 em dois centros de tratamento em dependência química localizados na região metropolitana do Recife: O Núcleo de Dependência Química (NEDEQ) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e numa clínica de tratamento em dependência química Grupo Recanto.

A amostra contou com 100 participantes que foram divididos igualmente em dois grupos: grupo 1 (caso), sujeitos com histórico positivo para tentativas de suicídio (HPTS) e grupo 2 (controles), sujeitos com histórico negativo para tentativas de suicídio, inclusive histórico familiar.

A divisão em grupos foi realizada com a finalidade de verificar e descrever os fatores e características mais fortemente associadas a indivíduos com histórico de tentativa de suicídio.

8.2 Local de estudo

O estudo foi conduzido no Núcleo Especializado em Dependência Química-NEDEQ, no Hospital das Clínicas – HC da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, localizado no 2º andar no ambulatório da unidade de saúde mental, situado na Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária, Recife – PE, e na clínica de tratamento em dependência química Grupo recanto, localizada em Av. Severino Taváres Uchôa, 2000 - Centro, Igarassu – PE.

O NEDEQ, desenvolve ações de assistência ao dependente químico, com atividades preventivas, de ensino e de pesquisa, no HC/UFPE, tais como: acompanhamento Clínico, orientação familiar, psicoterapia, terapia ocupacional, farmacoterapia e grupos de autoajuda. Constituída por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiras. (Docentes funcionários do HC ou voluntários).

O grupo Recanto trabalha é considerada uma das maiores clínicas para tratamento e reabilitação em dependência química. Desenvolve atividades de grupo operativo, psicoterapia grupal e individual, oferece suporte aos familiares, terapia

ocupacional e farmacoterapia, trabalhando através de uma perspectiva biopsicossocial, sendo composto por uma equipe completa composta por médicos, psiquiatras, psicólogos e conselheiros em dependência química.

8.3 População de estudo

Nesta pesquisa foi utilizado os critérios da amostra por conveniência, no qual foram abordados todos os pacientes que buscaram o tratamento para sua enfermidade nos supracitados centros de tratamento em dependência química dentro do prazo estimado (no período de dezembro de 2015 a dezembro de e que cumpriram os critérios diagnóstico da síndrome da dependência alcoólica. Foi alcançado o número de 100 participantes cujos mesmos haviam sido previamente triados pela equipe de saúde do núcleo, e que contemplaram os critérios estabelecidos anteriormente em relação à inclusão e exclusão na presente pesquisa.

8.4 **Critérios de inclusão e exclusão**

Serão incluídos no estudo os pacientes que apresentarem todas as características abaixo discriminadas:

a) Sujeitos que cumpram os critérios diagnósticos da síndrome da dependência alcoólica de acordo com os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10),
b) Estavam em acompanhamento clínico e terapêutico nos centros de dependência química
c) Ter idade entre 18 e 60 anos, independente de sexo,
d) Não apresentem comorbidades psiquiátricas graves como quadros psicóticos agudos.

Foram excluídos os participantes que, no período da pesquisa, apresentaram uma das seguintes características:

a) Presença de quadros psicóticos agudos;

b) Quadros demenciais;

c) Comprometimento cognitivo grave que dificultou a compreensão acerca do tema pesquisado;

No grupo Caso (HPTS), foram incluídos pacientes que tenha diagnóstico positivo em dependência alcoólica e que já tentaram suicídio ao menos uma vez na vida. Já o grupo controle (HNTS) foi composto de pacientes diagnosticados como dependentes do álcool e que não possuam histórico de tentativas e/ou histórico familiar de suicídio, a fim de investigar no grupo Caso, os fatores presentes no comportamento suicida.

8.5 Amostragem

A amostra se deu através dos critérios de amostragem por conveniência uma vez que, os locais escolhidos para o estudo tratavam-se de serviços especializados em dependência química. Nesta direção, os sujeitos que procuraram o tratamento para sua dependência e obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão no período de dezembro de 2015 a 2016 foram convidados a participarem da pesquisa.

8.6 Instrumentos

7.6.1 Ficha clínica

A ficha clínica será aplicada com o objetivo de coletar informações a respeito das características sóciobiodemográficas dos participantes. Foi desenvolvida especialmente para atender os objetivos da pesquisa. Trata-se de um questionário organizado com perguntas referentes ao histórico pessoal e histórico de doença atual.

8.6.2 CAGE Questionnaire

A escala CAGE, (Cut Down, Annoyed by Criticism, Guilty and Eye-opener), é recomendado em questionários de triagem para verificar a presença do uso nocivo ou de risco do álcool. Apesar de não realizar o diagnóstico, auxilia na detecção dos bebedores de risco. É composto por quatro perguntas que avaliam o sentimento de culpa, problemas relacionados ao álcool, entre outros. Segundo a literatura, a sua

sensibilidade varia de 43% a 100% e a especificidade, de 68% a 96%, dependendo do tipo de amostra estudada. No Brasil, sua validação foi feita em 1983 por Masur e Monteiro (1983), que encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%. Problemas relacionados ao álcool podem ser detectados quando o resultado apresenta duas ou mais respostas afirmativas. (PAZ FILHO et al, 2001)

8.6.3 "The Alcohol Use Disorders Identification Test " AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool)

O AUDIT é um teste composto por dez questões, cada uma com margem de 0 a 4 pontos, possibilitando um espectro de pontuação de 0 a 40. A pontuação obtida, auxilia na identificação dos diferentes padrões de consumo Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos; Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos; Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos; Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos. Uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e provável dependência. O mesmo, foi desenvolvido pela OMS como instrumento de rastreamento para uso problemático de álcool. (BABOR, 2003).

Quadro 2: Pontuações obtidas no AUDIT e suas respectivas intervenções

Pontuação do AUDIT	Nível de Risco	Intervenção
0 a 7	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool
8 a 15	Uso de Risco	Orientação Básica
16 a 19	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado

20 ou mais	Provável Dependência	Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento

8.6.4 Miniplus 5.0

MINI Plus 5.0 (Anexo E). O MINI Plus 5.0, configura-se em uma entrevista diagnóstica padronizada que possibilita a geração de diagnóstico dos principais transtornos psiquiátricos do eixo I (transtornos clínicos e outras condições que podem ser foco de atenção clínica) do DSM-IV e da CID-10.

O Mini Plus está dividido em 26 módulos diagnósticos independentes identificados por letras, cada uma correspondendo a uma categoria diagnóstica. As questões são dicotômicas (sim/não) e algoritmos integrados à estrutura do questionário permitem estabelecer ou excluir diagnósticos ao longo da entrevista. A aplicação do Mini é breve, durando de 15 a 30 minutos. (AMORIM, 2000)

8.6.5 I**nventário de Depressão de Beck - (*Beck Depression Inventory*)**- (BDI)

O BDI é um instrumento que se propõe a avaliar a intensidade da depressão em ambos os sexos na faixa etária dos 17 aos 80 anos. Sendo largamente utilizado, o inventário pode ser aplicado tanto no contexto clínico como em pesquisa. O mesmo, é composto por 21 itens, cada um, com 4 alternativas e escores de 0 a 3, que subentendem graus crescentes da depressão. Os itens contemplam a avaliação da tristeza, desânimo, fracasso, anedonia, culpa, autopunição, auto rejeição, ideação suicida, choros imotivados, alterações de humor, apatia, indecisão, alterações do sono, fadiga, alterações de peso e de apetite, preocupações somáticas e diminuição da libido. É uma escala de auto relato que busca averiguar a presença da sintomatologia depressiva na última semana. O escore total permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão, que varia entre depressão mínima (0- 9), depressão leve (10-16), depressão moderada (17-29) e depressão severa (30-63). (CUNHA, 2001).

8.6.6 Inventário de Desesperança (*Beck Hopelessness Scale)* – (BHS)

Configura-se em um instrumento muito útil na avaliação do pessimismo, desesperança e expectativas negativas frente ao futuro. Devido ao fato da desesperança ser frequentemente mencionada e associada como uma espécie de elo entre a depressão e o suicídio, o BHS, se tornou um indicador psicométrico do risco de suicídio. O inventário apresenta 20 afirmativas, nas quais o indivíduo deve marcar verdadeiro ou falso para cada frase apresentada. A classificação das expectativas negativas frente ao futuro, o que indica a desesperança, varia de nível mínimo de desesperança (0-3) a nível leve (4-8), nível moderado (9-14) e nível grave (superior a 14). (Cunha, 2001)

8.7 Procedimentos

Após uma triagem prévia realizada pelas equipes de saúde dos centros de dependência química, os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Os objetivos e os procedimentos da pesquisa foram devidamente informados, inclusive os possíveis desconfortos psicológicos devido à natureza delicada das perguntas, que esse procedimento poderia desencadear e seus direitos como paciente. Os sujeitos que concordaram a participar do estudo informaram seu consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

Após a assinatura do TCLE, os participantes responderam a um questionário para a obtenção de dados sócio demográficos. Foram aplicadas as escalas de rastreio e detecção do nível de alcoolismo, CAGE e AUDIT, respectivamente, como também a o BDI e BHS, para verificar a sintomatologia depressiva e por fim, o MINI Plus, com a finalidade de identificar possíveis comorbidades associadas a esta clientela.

8.8 Tratamento estatístico

As escalas apresentadas foram aplicadas nos 100 participantes, os resultados dos dados coletados foram analisados de acordo com com os objetos gerais e específicos da presente pesquisa com a finalidade de identificar os fatores associados

à tentativa de suicídio e sua correlação com o uso do álcool, propondo então medidas de identificação, prevenção e intervenção

A comparação dos dados sócio demográficos e os resultados das pontuações das escalas entre o grupo caso controle, serão realizados por testes não-paramétricos. Para dados categóricos como, estado civil, sexo, escolaridade, presença ou ausência de abuso infantil e histórico psiquiátrico será utilizado o teste de hipótese qui-quadrado (χ^2). Foram também, construídas tabelas uni e bidimensionais com as frequências absolutas e relativas e calculados os valores das Odds-Ratios e seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC).

Com base nas informações obtidas através da aplicação da entrevista e escalas, construiu-se uma base de dados em planilha eletrônica em formato —.xls, realizando análises exploratórias em relação às distribuições de frequências. Para a análise estatística dos dados gerados neste trabalho foi utilizado o software GraphPad Prism (versão 6.0).

Durante a análise, foi observada a necessidade de agrupamento em algumas classes de respostas em algumas variáveis como idade e escolaridade. Os agrupamentos foram realizados com o objetivo de adequar a análise estatística, e, não interferiram a caracterização inerente a cada variável.

Na análise estatística utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, X2, na análise bivariada para verificar a existência de associação entre os itens que compõem a entrevista, as escalas e as variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade e renda familiar. Em relação à associação de análises univariadas, utilizamos o teste exato de Fisher.

8.9 **Limitações do estudo**

Embora o presente estudo favoreça a compreensão da associação da SDA e as tentativas de suicídio forneça alguns subsídios que auxiliem na identificação dos fatores de risco, é necessário reconhecer que o mesmo apresenta algumas limitações, tais como:

- Não ter sido realizado em outros centros de tratamento em dependência química que utilizem outras metodologias de tratamento que não as tradicionais.
- Os dados coletados tratam apenas da realidade dos participantes assistidos por esses centros, não a população com diagnostico e sem tratamento.
- Escalas e inventários que traçam características ligadas a fatores de personalidade e impulsividade não foram utilizadas.
- Ausência do gênero feminino que poderiam levantar outros fatores de risco

9. Aspectos éticos

Os procedimentos desta pesquisa só foram iniciados após aprovação do projeto de pesquisa, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE pelo Comitê de ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, conforme resolução n. 466/12 do Ministério da Saúde.

O TCLE foi apresentado aos participantes da pesquisa, fornecendo os esclarecimentos que se fizerem necessários, e, diante do consentimento, foi solicitada a assinatura. Durante a apresentação do TCLE, os participantes foram informados que no decorrer da coleta de dados, a entrevista poderia causar um mínimo desconforto psicológico ou constrangimento devido à natureza de suas perguntas. Vale salientar, também, que todos os dados obtidos, foram tratados em sigilo, objetivando manter a integridade da identidade dos participantes. Ressaltou-se também, que a participação foi de grande ajuda ao tratamento terapêutico dos participantes, pois, a identificação das comorbidades psiquiátricas no início do tratamento foi de grande valia para a eficácia do mesmo.

10 Resultados

Os resultados da presente tese estão organizados em dois artigos. O primeiro, intitulado: *Perfil de pacientes com síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle*, objetivou demonstrar os principais fatores de riscos encontrados na população estudada, com o objetivo de fornecer subsídios que auxiliem na compreensão da temática estudada possibilitando a criação de intervenções que minimizem os riscos de tentativas de suicídio aumentando então, a prevenção.

O segundo artigo sob o título: Comorbidades psiquiátricas na síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle. Neste artigo o objetivo foi investigar e descrever as principais comorbidades psiquiátricas em sujeitos com dependência química e tentativa de suicídio. A finalidade do mesmo foi evidenciar como os outros transtornos mentais poderiam potencializar o risco suicida, demandando desta forma, criterioso acompanhamento dos pacientes por parte da equipe de saúde.

Perfil de pacientes com síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle

Camila Cordeiro dos Santos [1], Murilo Duarte Costa Lima[2], Everton Botelho Sougey[3].*

Resumo – O comportamento suicida vem sendo encarado como um problema de saúde pública mundial. Em portadores da síndrome da dependência alcóolica (SDA) a associação ao aumento de tendências suicidas vem sendo fortemente estabelecida. Autores apontam que a presença de fatores de risco e comorbidades psiquiátricas elevem as tentativas de suicídio nesta população. O presente estudo teve por objetivo investigar e descrever os principais fatores de risco associados a tentativas de suicídio em sujeitos com SDA. A pesquisa foi realizada em dois centros de tratamento em dependência química, contando com a participação de 100 participantes que foram divididos igualmente em dois grupos: grupo com histórico positivo para tentativa e suicídio e grupo com histórico negativo para tentativa de suicídio. Em ambos os grupos foram aplicados uma entrevista, o CAGE Questionnaire para rastreio do alcoolismo, o AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool) para a identificação da gravidade do alcoolismo, Inventário de Depressão de Beck – BDI, para identificar a gravidade de possível sintomatologia depressiva, o Inventário de Desesperança – BHS, com a finalidade de estimar a desesperança, o Inventário de Ideação Suicida de Beck – BSI, para avaliar a ideação suicida, e, por fim, o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0 Versão Brasileira). A ausência de companheiro, apoio emocional, dependência financeira, impulsividade, desesperança e depressão apareceram fortemente associadas a um aumento nas tentativas de suicídio

Palavras-chave: Tentativa de suicídio e alcoolismo, Alcoolismo, fatores de risco

Profile of patients with alcohol dependence syndrome with a history of suicide attempt: a case-control study

Abstract – Suicidal behavior has been seen as a global public health problem. In patients with alcohol dependence syndrome (ADS), the association with increased suicidal tendencies has been strongly established. Authors point out that the presence of risk factors and psychiatric comorbidities increase suicide attempts in this population. The present study aimed to investigate and describe the main risk factors associated with suicide attempts in subjects with ASD. The research was conducted in two treatment centers in chemical dependence, with the participation of 100 participants who were equally divided into two groups: a group with a positive history for attempted suicide and a group with a negative history for suicide attempt. In both groups, an interview was conducted, the CAGE Questionnaire for Alcoholism Screening, the AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) to identify the severity of alcoholism, Beck Depression Inventory - BDI, to identify the Severity of possible depressive symptomatology, the Hopelessness Inventory (BHS), in order to estimate hopelessness, Beck's Suicidal Ideation Inventory (BSI) to evaluate suicidal ideation and, finally, the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0 .0 Brazilian Version). Lack of partner, emotional support, financial dependency, impulsivity, hopelessness, and depression appeared strongly associated with an increase in suicide attempts.

Key Words: Suicide attempts and alcoholism, alcoholism risk factors

Estudo realizado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil. [1]Doutoranda em Neuropsiquiatria, [3]Doutor em Medicina pela Universidade de Barcelona, Coordenador do Núcleo Especializado em Dependência Química (NEDEQ). [3] PhD. Professor do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE, Brasil

*Camila Cordeiro dos Santos - Rua Maragojipe, 180, Jardim São Paulo – 50920-110 – Recife, PE, Brasil. E-mail: camilachristielly@hotmail.com

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Introdução

O suicídio se configura num fenômeno complexo, multicausal, polêmico, considerado um problema de saúde pública a nível mundial, ocasionado pela interação e influência mútua de fatores biopsicossociais[1]. A organização Mundial de Saúde (OMS)[2] o aponta como responsável por 1 milhão de morte ao ano. Atualmente, o suicídio é considerado como uma das três principais causas de morte de sujeitos com idades entre 15 e 44 anos [2,3]. Dentro dos números apontados pela OMS dos suicídios anuais é excluído o número de tentativas de suicídio (TS's), que segundo a referida organização pode chegar a um número 20 vezes maior[2-4].

Entre os principais fatores de riscos para suicídio, destaca-se as TS's, uma vez que, 50% dos sujeitos que morreram por suicídio, tentaram ao menos 2 vezes antes [5]. Em muitas situações, sujeitos com remorso pela sobrevivência à TS, podem voltar a atentarem contra a própria vida obtendo êxito na mesma ou então, acarretar graves sequelas físicas o incapacitando de maneira irreversível [5-8].

A presença de transtornos mentais vem se mostrando presente em mais de 90% dos casos, de acordo com uma revisão de publicações feitas entre 1959 e 2001 englobando 15,629 suicídios na população geral[9]. Sobretudo as que apresentam sintomatologia depressiva e abuso e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas [10].

A relação entre dependência quimica e comportamento suicida vem se tornando bem estabelecida ao longo dos anos [11-14]. Acredita-se que as substâncias de abuso, principalmente o álcool, potencialize as ideações suicidas, agravando a psicopatologia preexistente. Destaca-se também que, durante a intoxicação alcoólica, os sujeitos submerjam a capacidade de modular seu comportamento e controlar a impulsividade[13,14].

Embora os fatores clínicos mostrem consistência no que se refere um aumento do risco suicida, ainda permanece equivocado encará-los como condição *sine qua non* às TS's. Diante deste cenário, o presente estudo buscou levantar os principais fatores de risco para TS's em sujeitos diagnosticados com Síndrome da Dependência Alcóolica (SDA) em dois centros de tratamento para dependência química, com o intuito de compreender como os mesmos interagem aumentando o risco,

possibilitando desta forma, a elaboração de intervenções eficazes bem como, a construção de políticas públicas que possam diminuir a incidência das TS's e consequentemente, o suicídio nesta população.

Método

A presente pesquisa se configura em um estudo caso-controle, realizada no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016 em dois centros de tratamento em dependência química localizados na região metropolitana do Recife: O Núcleo de Dependência Química (NEDEQ) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e numa clínica de tratamento em dependência química Grupo Recanto.

A amostra contou com 100 participantes que foram divididos igualmente em dois grupos: grupo 1 (caso), sujeitos com histórico positivo para tentativas de suicídio (HPTS) e grupo 2 (controles), sujeitos com histórico negativo para tentativas de suicídio, inclusive histórico familiar.

A divisão em grupos foi realizada com a finalidade de verificar e descrever os fatores e características mais fortemente associadas a indivíduos com histórico de tentativa de suicídio. O estudo foi pareado por idade (35,2±9,5 e 34,5±9,8) e gênero (masculino), população mais frequente no estudo.

Em ambos os grupos, foram aplicados uma entrevista para coleta de informações sócio demográficas e as seguintes escalas: CAGE *Questionnaire* para rastreio do alcoolismo, o AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool) para a identificação da gravidade do alcoolismo, Inventário de Depressão de Beck – BDI, para identificar a gravidade de possível sintomatologia depressiva, o Inventário de Desesperança – BHS, com a finalidade de estimar a desesperança, o Inventário de Ideação Suicida de Beck – BSI, para avaliar a ideação suicida, e, por fim, o Mini *International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0 Versão Brasileira), para verificar possíveis comorbidades associadas ao alcoolismo.

Para facilitar a compreensão e cálculo dos dados coletados, foram construídas tabelas com valores apontando a frequência absoluta e relativa. Também foram calculados os valores das odds-ratio (OR) e seus intervalos respectivos com 95% de confiança (IC), associados aos níveis descritivos do teste Fischer.

Todos os participantes, ao serem convidados a participarem da pesquisa forneceram o consentimento informado e foram informados previamente sobre os possíveis desconfortos psicológicos advindos da natureza das perguntas na escala, o objetivo do estudo, como também o fato de que todas as informações seriam mantidas em sigilo.

Os critérios utilizados para inclusão na pesquisa foram: diagnóstico positivo para a síndrome da dependência do álcool, idade superior aos 18 anos, estar em acompanhamento nos centros de tratamento. Foram excluídos sujeitos que apresentavam síndromes demenciais, algum comprometimento cognitivo que afetava a compreensão acerca da natureza da pesquisa.

O estudo realizado foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o parecer do CAE: 50946015.0.0000.5208 e conduzido de acordo com a declaração de Helsinki.

Resultados

Na amostra, houve uma média de idade que corresponde a (35,2±9,5 e 34,5±9,8) no grupo HPTS e HNTS, respectivamente. No que tange ao estado civil, 56% do grupo HPTS referem estado marital enquanto que no HNTS, encontramos um número maior 80%. No quesito ocupação, 70% participantes do grupo HPTS referiam algum tipo de ocupação remunerada enquanto que no grupo HNTS, o percentual também se mostrou maior (90%). No entanto, dentro do grupo HPTS, 50% referiam precisar e não ter apoio financeiro enquanto que no HNTS, o percentual foi bem menor, 20%.

Mais da metade dos de ambos os grupos, os entrevistados apresentaram tempo de estudo igual ou superior a oito anos, conforme a tabela 1.

Em relação ao consumo de risco, avaliado através do AUDIT com pontuação superior a 8 pontos, 94% da amostra do grupo HPTS referiu realizar, enquanto que no grupo HNTS, encontrou-se um percentual menor 86%. Os mesmos resultados foram encontrados na escala CAGE, onde duas ou mais respostas são utilizadas como ponto de corte para averiguar a presença da dependência. Os dados relatados, podem ser observados na tabela 1.

No que diz respeito as comparações realizadas entre os grupos, encontrou-se significância estatísticas nas seguintes variáveis: Situação marital (P=0.0008), filhos (0.0151), ocupação remunerada (0.0228). Variáveis essas que se apresentaram em maior número no grupo HNTS, reforçando a hipótese que essas variáveis funcionariam como fatores de proteção. Porém, ao comparar apoio emocional (P=0.0033) e dependência financeira (P=0.0031), observou-se que o percentual no grupo era maior, com nível de significância P=0.0033. Esta última, de acordo com os testes estatísticos ainda apresentava um risco 4 vezes maior para tentativa de suicídio. As informações relatadas, podem ser constatadas na tabela 1.

(TABELA 1 NESTE LOCAL)

Para uma melhor análise dos fatores preditivos ao comportamento suicida na população que compôs o grupo HPTS, foi realizada uma distribuição de dados em uma tabela (Tabela 2) cujo as informações objetivaram detalhar o perfil dos participantes. Observa-se que que os participantes tinham a média de 4 tentativas anteriores ao tratamento atual da dependência química. Mais da metade do grupo (56%) ainda apresentam ideação suicida, informações corroboradas após a aplicação do MINI Plus.

Ao serem indagados acerca dos possíveis motivos que o levaram à tentativa, os participantes responderam como fatores mais frequentes: Conflitos familiares (90%), tristeza (90%), arrependimentos pelos atos cometidos com seus pares (80%), sentimento de inutilidade (70%), desesperança (58%), entre outros.

Os métodos mais utilizados referidos pelos participantes nas tentativas realizadas, foram os seguintes: Ingestão excessiva de medicamentos 66, Uso excessivo de álcool/entorpecentes (32%), enforcamento (16%), autolesão (44%), envenenamento (14%) e precipitação em queda livre (12%). Os sujeitos entrevistados ainda relatam que, no período em que realizaram a tentativa de suicídio, 74% estavam sob efeito de alguma substância psicoativa ou haviam ingerido até 6 horas antes. As informações descritas foram detalhadas na tabela 2.

(TABELA 2 NESTE LOCAL)

Ainda comparando o histórico pessoal dos participantes de ambos os grupos, notou-se de acordo com os dados distribuídos na tabela 3, significância estatística em

variáveis como: Impulsividade (P=0.0124) e histórico de transtorno mental em sua família de origem (P=0.0003). Nessas variáveis foram encontradas percentuais de 76% e 50% no que tange a impulsividade e no histórico familiar de transtorno mental 50% e 16% nos grupos HPTS e HNTS, respectivamente. Embora o histórico familiar e abusos sofridos ao longo do desenvolvimento não demonstrassem significância estatísticas, nota-se um percentual alto com razões de chance (OR) para tentativas de suicídio que variam de 3,16 a 3,91.

(TABELA 3 NESTE LOCAL)

Quanto aos efeitos do álcool em seu comportamento, os participantes responderam que quando estavam sob efeito do álcool, sentiam-se mais impulsivos e desesperançados. Ambas as variáveis se mostraram estatisticamente significantes, aumentando os riscos em média a 3 vezes mais. No grupo HPTS 74% referiam aumento da impulsividade e 25% alegavam desesperança.

(TABELA 4 NESTE LOCAL)

Por fim, ao responderem os inventários BDI e BHS que investigam a presença de um possível quadro depressivo e desesperança, respectivamente, foi observado maior porcentagem de quadros depressivos leves em ambos os grupos (HPTS 52% e HNTS 28%) e desesperança leve (HPTS 50% e HNTS 28%). As significâncias estatísticas apareceram nas categorias de depressão leve (0.0242*), desesperança leve (0.0397*) e desesperança moderada (0.0338*), aumentando o risco para tentativas de suicídio em média 3 vezes maior no grupo HPTS, conforme tabela 5.

(TABELA 5 NESTE LOCAL)

Discussão

Nos grupos estudados constatou-se enquanto variáveis sócio demográficas a significância estatísticas nas categorias: Presença de situação marital, ter filhos, ocupação, apoio emocional e financeiro. Essas variáveis mostraram percentual baixo no grupo HPTS ao contrário do grupo HNTS. Achados estes que corroboram com

outros estudos dentro da temática investigada, reforçando o fato de que os mesmos funcionariam como fatores de proteção[7-10].

Um estudo realizado com 7403 sujeitos da população geral, constatou que a solidão foi fortemente associada a uma maior propensão no desenvolvimento do comportamento suicida [15]. Acredita-se que a percepção da falta de apoio emocional, colaborem para o surgimento e fortalecimento do sentimento de desesperança. Sentimento este considerado um dos principais fatores de risco psicológico para tentativas de suicídio[16-17].

O desemprego e a dependência financeira, apareceram relevantes na amostra estudada. Acredita-se que o desemprego possa desencadear pensamentos destrutivos[18]. Uma vez que a sociedade contemporânea se constitui através do modelo capitalista, boa parte da subjetividade do sujeito é construída baseada nos padrões socialmente impostos e esperados para o indivíduo. Portanto, o fato de não ter uma ocupação rentável e dificuldades em gerenciar as dívidas, impactem de forma negativa na forma como o sujeito se percebe, diminuindo então a estima por si próprio [19].

O abuso e dependência do álcool se mostrou presente em toda a mostra, no entanto, no grupo HPTS, o número se mostrou mis expressivo. Diversos estudos têm associado o abuso e a dependência alcoolica a um aumento no risco da tentativa de suicídio. [20-26]. O álcool diminui a crítica e aumenta a impulsividade que somando a outros fatores biopsicossociais aumentam o risco suicida [25-26]. Ao comparar tentativas de suicídio em episódios de *Binge drink* (beber pesado) e sobriedade relativa, Klimkiewicz (2012) [24], constatou que entre os pacientes em tratamento para dependência de álcool que realizou uma tentativa de suicídio, a mais grave, foi cometida de forma impulsiva por sujeitos durante um episódio de *binge drink* (beber pesado).

Ao avaliar o perfil dos participantes do grupo HTPS, foi investigado a quantidade média de tentativas anteriores, os motivos associados à tentativa e o método utilizado para o ato. No quesito motivos associados, os dados obtidos corroboram com achados em estudos semelhantes. Os conflitos familiares e sentimento de tristeza apareceram como fatores mais prevalentes.

Um estudo conduzido por Stickley e Koyanagi (2016)[26], apontou que a solidão proveniente de lares desestruturados funcionava como um forte preditor para adoecimentos mentais e TS's. Achados semelhantes foram encontrados por Ramdurg *et al*. (2011)[27], destacando que esses estressores aumentariam as chances de TS por afetarem a percepção do apoio familiar para lidar com as adversidades da vida.

Arrependimentos, desesperança e sentimentos de inutilidade também foram relatados pelos participantes, acredita-se que esses sentimentos sejam desencadeados como repercussões negativas decorrentes do uso do álcool no seio familiar. Estudos referem que a intoxicação alcóolica favoreça a impulsividade e agressividade, fatores esses que contribuem negativamente na formação e manutenção de vínculos afetivos [28,29].

Na amostra estudada, foi observado que o método de TS mais comum foi a ingestão exagerada de medicações, seguido, autolesão/mutilação e doses excessivas de substâncias psicoativas, principalmente o álcool. Esses achados apontam para a necessidade de cuidados na prescrição de medicamentos de risco que ficariam em poder do sujeito. Corroboram também com achados em outros estudos reforçando o fato de que o acesso facilitado a meios letais aumentariam o risco suicida [30,31]. Ressalta-se que nesta amostra, os medicamentos ingeridos excessivamente foram prescritos por profissionais que acompanhavam o tratamento do sujeito.

Mais da metade (62%) da amostra estava sob efeito do álcool durante a TS, apoiando os achados de um estudo cross over [33], realizado com 352 participantes que concluiu que a probabilidade da TS's até seis horas após o consumo aumentou 27 vezes. Mais da metade das TS's ocorriam após a primeira hora de uso, afirmando desta forma que o uso de álcool é um forte fator de risco proximal para a tentativa de suicídio entre os sujeitos.

Na investigação dos antecedentes pessoais de ambos os grupos, foi identificado que a impulsividade consta como fator de risco estatisticamente significativo (P=0.0124) ao comparar os dois grupos. Um estudo conduzido por Hamdan *et al.* (2011), apontou que a impulsividade aumentava as tendências suicidas, principalmente quando desencadeada pelo abuso do álcool. Acredita-se que a desinibição ocasionada pelo álcool favoreça a expressão de agressividade hetero e autodirigida [14].

Embora o histórico pessoal de abuso físico, psicológico e sexual não tenham demonstrado significância estatística, a relação dos mesmos como preditor de transtornos mentais e TS's é bem estabelecida na literatura[31-36] . Estudos demonstram que a exposição precoce a situações de violência, impactem negativamente no bem-estar psicológico, físico e status sócio econômico aumentando os riscos de transtornos mentais, comportamentais e de personalidade[14,35,36].

Outro fator expressivo fortemente associado ao aumento de tendências suicidas foi a presença de transtornos mentais na família referido por 50% do grupo HPTS. Esses achados reforçam a existência de uma participação genética na etiologia dos transtornos mentais que teriam como possível desfecho o suicídio[37]. No estudo de Hamdan *et al.* (2011), foram encontradas associações significativas entre presença de história familiar de suicídio, pensamentos e comportamentos suicidas e transtornos mentais.

Sobre a influência do álcool no comportamento, os fatores mais prevalentes e estatisticamente significativos referidos pelos participantes foram a impulsividade (P=0.0228) e a desesperança (P=0.0124). Níveis altos de desesperança correlaciona-se positivamente para o aumento do comportamento suicida, seguido da impulsividade. Normalmente, o sentimento de desesperança se fundamenta em distorções cognitivas diante das dificuldades encontradas na vida desses sujeitos em gerenciar relacionamentos interpessoais já fragilizados em decorrência do uso abusivo do álcool e questões sócio econômicas [38]

Confirmando a hipótese deste estudo, a presença de sintomatologia depressiva e sentimentos de desesperança aumentou o risco suicida em média 3 vezes quando o grupo HPTS foi comparado ao grupo HNTS. As distorções cognitivas provenientes do quadro depressivo aumentam a ideação suicida e consequentemente a TS por favorecerem ideias pessimistas sobre o sujeito, a vida e o futuro, sentimento de vazio, falta de significado e baixa autoestima [11, 14, 21, 38, 39].

Um estudo conduzido por Shari *et al.* (2014), que utilizou as mesmas escalas desta pesquisa para levantamento da depressão (BDI) e desesperança (BHS) realizados com 111 participantes que tentaram suicídio nos últimos 30 dias, constatou que embora houvesse a presença da depressão, as tendências suicidas se elevavam

diante do aumento da desesperança e distorções cognitivas encontradas nesses sujeitos.

Nesta direção, aponta-se a necessidade de acompanhamento psicoterapêutico que invista na identificação destes sentimentos, intervindo nos mesmos na tentativa de dirimi-los, diminuindo desta forma o risco suicida. É necessário que as equipes de saúde que acompanham os pacientes com SDA estejam atentas à presença dessas comorbidades que associadas podem elevar o risco suicida em até 10 vezes mais [40].

Apesar da contribuição deste estudo, é importante ressaltar que o mesmo possui algumas limitações. Os dados coletados trataram apenas da realidade dos participantes assistidos pelos centros de tratamento em dependência química e não a população com diagnostico e sem tratamento. No que tange aos instrumentos utilizados, as escalas e inventários, não investigaram características ligadas a fatores de personalidade e impulsividade, fatores que de acordo com a literatura, também funcionaria como fator de risco para TS's. Por fim, a ausência do gênero feminino na amostra poderia levantar outros fatores de risco consideráveis.

Conclusão

Com base nos dados obtidos neste estudo, é possível afirmar que os fatores associados a tentativas de suicídios em sujeitos com SDA no que tange ao contexto sócio demográfico foi ausência de um companheiro, não ter filhos, estar em situação de dependência financeira e não ter apoio emocional.

A impulsividade mostrou-se expressivamente prevalente bem como a desesperança e histórico de transtorno mental na família. Além dos fatores mencionados, a comorbidade com transtorno depressivo se mostrou um forte preditor enfatizando a necessidade de avaliação psiquiátrica cuidadosa nessa população afim de mitigar o comportamento suicida possibilitando então, a sua prevenção

Referências

1.Golshiri P, Akbari M, Zarei A. Case-control study of risk factors for suicide attempts in Isfahan, Iran. Int J Soc Psychiatry. 2017 Jan 1:20764016685347.

2. World Health Organization. Country reports and charts available. Recuperado de www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/ index.html. 2014.

3. Botega, NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP. 2014 I volume 25 I número 3 I 231-236.

4.Gutierrez, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. Psicologia USP, 2014.25(3), 262-269.

5. Rajkumar Ramanathan , Arul Saravanan Ramachandran , Kalaivani Periasamy , 1 e Kala Saminathan. Assessment of Suicidal Intent. Indian J Psychol Med. 2016 Nov-Dec; 38(6): 529–532.

6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol and suicide among racial/ethnic populations - 17 states, 2005-2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Jun 19;58(23):637-41.

7. Pérez S, Marco JH, García-Alandete J. Psychopathological Differences Between Suicide Ideators and Suicide Attempters in Patients with Mental Disorders. Clin Psychol Psychother. 2016 Dec 22.

8. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Suicidal Behaviour and Associated Factors in Colombia. Results from the 2015 National Mental Health Survey. Rev Colomb Psiquiatr. 2016 Dec;45 Suppl 1:68-75.

9. Bertolote, J. M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo, SP: Ed. Unesp. 2012.

10.Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. World Psychiatry, 2002, 1, 181-18533.

11. Demirbas H, Ilhan IO, Dogan YB. Assessment of the mode of anger expression in alcohol dependent male inpatients. Alcohol Alcohol. 2011 Sep-Oct;46(5):542-6.

12.Hashimoto S, Ashizawa T. Does participating in AA decrease the risk for suicide in alcohol dependence?. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2012 Dec;47(6):308-16

13. Singh PK, Singh RK, Biswas A, Rao VR. High rate of suicide attempt and associated psychological traits in an isolated tribal population of North-East. J Affect Disord. 2013 Nov;151(2):673-8.

14.Kubiak M, Musikowska B, Sein Anand J. Recent life events preceding suicide attempt by drug overdose. Przegl Lek. 2013;70(8):551-4.

15.Stickley A, Koyanagi A. Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. J Affect Disord. 2016 Jun;197:81-7.

16. García-Rábago H; Sahagún-Flores JE;Ruiz-Gómez A; Sánchez-Ureña GM; Tirado-Vargas JC; González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. / [Comparing high- and low-lethality factors regarding attempted suicide-associated risk factors].Rev Salud Publica (Bogota); 2010 Oct.12(5): 713-21.

17. Bell CM, Ridley JA, Overholser JC, Young K, Athey A, Lehmann J, Phillips K. The Role of Perceived Burden and Social Support in Suicide and Depression. Suicide Life Threat Behav. 2017 Jan 17.

18.Turhan E, Inandi T, Aslan M, Zeren C. Epidemiology of attempted suicidein Hatay, Turkey. Neurosciences (Riyadh). 2011 Oct;16(4):347-52

19. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13759.

20. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. Alcohol Alcohol. 2012 Sep-Oct;47(5):571-6.

21. Vyssoki B, Blüml V, Gleiss A, Friedrich F, Kogoj D, Walter H, et al. The impact of temperament in the course of alcohol dependence J Affect Disord. 2011 Dec;135(1-3):177-83.

22. Yaldizli O; Kuhl HC; Graf M; Wiesbeck GA; Wurst FM. Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: a subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. Drug Alcohol Rev; 2010 Jan. 29(1): 64-74,

23. Czyz EK, Horwitz AG, Eisenberg D, Kramer A, King CA. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. J Am Coll Health. 2013;61(7):398-406.

24. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. Alcohol Alcohol. 2012 Sep-Oct;47(5):571-6.

25. Randall JR, Rowe BH, Dong KA, Nock MK, Colman I. Assessment of self-harm risk using implicit thoughts. Psychol Assess. 2013 Sep;25(3):714-21

26. Stickley A, Koyanagi A. Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. J Affect Disord. 2016 Jun;197:81-7.

27. Ramdurg S, Goyal S, Goyal P, Sagar R, Sharan P. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters in consultation liaison psychiatry in a tertiary care center. Ind Psychiatry J. 2011;20:11–6.

28. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. Clin Psychol Rev. 2001;21:797–81

29. Hung GC, Huang MC, Yip PS, Fan HF, Chen YY. Association between childhood adversities and suicide attempts among alcoholic inpatients in Taiwan. J Stud Alcohol Drugs. 2013 Jul;74(4):559-64.

30.Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Profile of suicide attempts using intentional overdose with medicines, treated by a poison control center in Parana State, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26(7):1366-72.

31.Lovisi, G. M., Santos, A. S., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2009, 31(suppl), 86–93.

32. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target

for drug development: a brief report. The Journal of clinical psychiatry.2010;71(8):1040-6.

33. Behrooz Ghanbari, Seyed Kazem Malakouti, Marzieh Nojomi, Diego De Leo, and Khalid Saeed. Alcohol Abuse and Suicide Attempt in Iran: A Case-Crossover Study .Glob J Health Sci. 2016 Jul; 8(7): 58–67.

34, Hamdan S, Melhem N, Orbach I, Farbstein I, El-Haib M, Apter A, et al. Risk factors for suicide attempt in an Arab kindred. J Affect Disord. 2011 Jul;132(1-2):247-53.

35.Fergusson DM1, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. Child Abuse Negl. 2013 Sep;37(9):664-74.

36. Jakubczyk A1, Klimkiewicz A1, Krasowska A1, Kopera M1, Sławińska-Ceran A1, Brower KJ2, Wojnar M3. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. Child Abuse Negl. 2014 Sep;38(9):1560-8.

37. Mackrill T, Hesse M. Suicide behavior in parents with alcohol abuse problems and suicide behavior in their offspring-adult offspring and counselor perspectives. Nord J Psychiatry. 2012 Oct;66(5):343-8.

38.Mccullumsmith CB, Williamson DJ, May RS, Bruer EH, Sheehan DV, Alphs LD. Simple Measures of Hopelessness and Impulsivity are Associated with Acute Suicidal Ideation and Attempts in Patients in Psychiatric Crisis. Innov Clin Neurosci. 2014 Sep;11(9-10):47-53.

39. Shari Jager-Hyman, Amy Cunningham, Amy Wenzel, Stephanie Mattei, Gregory K. Brown, and Aaron T. Beck A. Cognitive Distortions and Suicide Attempts. Cognit Ther Res. 2014 Aug 1; 38(4): 369–374.

40.Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS Med. 2009;6(8):e1000123.

Tabelas

Tabela 1: Distribuição das características sócio demográficas dos participantes do estudo

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC95%)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Idade (média±DP)	**35,2±9,5**		**34,5±9,8**		**-**	**-**
Situação Marital	**23**	**56%**	**40**	**80%**	**0,21 (0.08; 0.51)**	**0.0008***
Filhos	**27**	**52%**	**32**	**64%**	**0,66 (0.29;0.47)**	**0.0151***
Ocupação	**35**	**70%**	**45**	**90%**	**0,25 (0.08;0.78)**	**0.0228***
Tem Religião	40	80%	47	94%	0.25 (0.06;0.99)	0.0713
Tem apoio emocional	**35**	**70%**	**47**	**94%**	**0.14 (0.04;0.55)**	**0.0033***
Dependência financeira	**25**	**50%**	**10**	**20%**	**4.00 (1.64;9.71)**	**0.0031***
Escolaridade - ≥ 8 anos de estudo	38	66%	40	80%	0.79 (0.30;2.04)	0.8097
CAGE ≥ 2	50	100%	50	100%	-	-
Consumo de risco AUDIT ≥ 8	47	94%	43	86%	2.5 (0.62;10.4)	0.3178

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a(intervalo de confiança em nível de 95%)

Tabela 2: Caracterização das tentativas de suicídio no grupo HPTS

Perfil do grupo caso	N =50	FREQ
Quantidade de tentativa anterior (Média)	4	8%
Ideação suicida	28	56%
Motivo		
Conflitos familiares	45	90%
Problemas com álcool/droga	18	36%
Arrependimentos	40	80%
Desesperança	29	58%
Tristeza	45	90%
Sentimento de inutilidade	35	70%
Rejeição	26	52%
Outros	5	10%
Método		
Ingestão de medicamentos	33	66%
Uso excessivo de álcool/entorpecentes	16	32%
Enforcamento	8	16%
Autolesão	22	44%
Envenenamento	7	14%
Precipitação em queda livre	6	12%
Estava sob efeito de entorpecente no momento da tentativa	37	74%

Tabela 3: Antecedentes pessoais e familiares dos grupos HPTS e HNTS

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC95%)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Percepção da infância						
Boa	11	22%	18	36%	0.50 (0.20;1.21)	0.1856
Razoável	14	28%	12	24%	1.23 (0.50; 3.01)	0.8200
Ruim	26	52%	20	40%	1.62 (0.73;3.58)	0.3158
Abuso						
Físico	46	92%	38	76%	3.63 (1.08;12.1)	0.0538
Psicológico	47	94%	40	80%	3.91 (1.00;15.2)	0.0713
Sexual	6	12%	2	4%	3.27 (0.62;17.0)	0.2687
Se considera impulsivo	**38**	**76%**	**25**	**50%**	**3.16 (1.34;7.43)**	**0.0124***
História de dependência química na família	47	94%	40	80%	3.91 (1.00;15.2)	0.0713
História de transtorno mental na família	**25**	**50%**	**8**	**16%**	**5.25 (2.05;13.4)**	**0.0006***

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

Tabela 4: Influência do álcool no comportamento nos grupos HPTS e HNTS

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	**FREQ**	**N**	**FREQ**		
Aumento da Impulsividade	37	74%	25	50%	2.84 (1.22;6.59)	0.0228*
Abandono	25	50%	15	30%	2.33 (1.03;5.30)	0.0656
Triste	27	52%	21	42%	1.62 (0.74;3.58)	0.3170
Raiva	23	56%	20	40%	1.28 (0.58;2.82)	0.6865
Sem esperança	**25**	**50%**	**12**	**24%**	**3.16 (1.34;7.43)**	**0.0124***
Traído	12	24%	7	14%	1.93 (0.69;5.43)	0.3080
Inutilidade	19	38%	8	16%	3.21 (1.24;8.30)	0.0233
Rejeição	16	32%	7	14%	2.90 (1.07;7.82)	0.0559

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

Tabela 5: Presença de depressão e desesperança nos grupos HPTS e HNTS, investigadas pelo BDI e BHS, respectivamente.

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Depressão						
Leve	**26**	**52%**	**14**	**28%**	**2.78 (1.21;6.38)**	**0.0242***
Moderada	13	26%	8	16%	1.84(0.68;4.94)	0.3262
Desesperança						
Leve	**25**	**50%**	**14**	**28%**	**2.57 (1.12; 5.89)**	**0.0397***
Moderada	**17**	**34%**	**7**	**14%**	**3.16 (1.17;8.51)**	**0.0338***

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

Comorbidades psiquiátricas na síndrome da dependência alcoólica com histórico de tentativa de suicídio: um estudo caso-controle

Camila Cordeiro dos Santos [1], Murilo Duarte Costa Lima[2], Everton Botelho Sougey[3].*

Resumo – O comportamento suicida vem sendo encarado como um problema de saúde pública mundial. Em portadores da síndrome da dependência alcóolica (SDA) a associação ao aumento de tendências suicidas vem sendo fortemente estabelecida. A identificação dos fatores de risco se configura em um grande desafio para os profissionais de saúde. Dentre os fatores de risco mais prevalentes se destacam as Tentativas de Suicídio (TS) prévias e comorbidades psiquiátricas, principalmente as de sintomatologia depressiva. Autores apontam que a presença de fatores de risco e comorbidades psiquiátricas elevem as tentativas de suicídio nesta população. O presente estudo teve por objetivo investigar e descrever as principais comorbidades psiquiátricas associadas a TS em sujeitos com SDA. A pesquisa foi realizada em dois centros de tratamento em dependência química, contando com a participação de 100 participantes que foram divididos igualmente em dois grupos: grupo com histórico positivo para tentativa e suicídio e grupo com histórico negativo para tentativa de suicídio. Em ambos os grupos foram aplicados uma entrevista, o CAGE Questionnaire para rastreio do alcoolismo, o AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool) para a identificação da gravidade do alcoolismo, Inventário de Depressão de Beck – BDI, para identificar a gravidade de possível sintomatologia depressiva, o Inventário de Desesperança – BHS, com a finalidade de estimar a desesperança, o Inventário de Ideação Suicida de Beck – BSI, para avaliar a ideação suicida, e, por fim, o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0 Versão Brasileira). Os resultados encontraram expressiva prevalência de desesperança (84%) (OR/ IC 8.12 /2,29;14,40), transtorno depressivo (78%) (OR/IC 4.51 /1.88; 10.7) e ideação suicida (64%) (OR/IC 3.16/1.17;8.51) na população com SDA e histórico de tentativa de suicídio. As condições psicopatológicas apresentadas, de acordo com os dados levantados, aumentaram as razões de chance para TS em torno de 20 vezes.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio e alcoolismo, Alcoolismo, fatores de risco, comorbidades psiquiátricas

Psychiatric comorbidities in alcohol dependence syndrome with a history of suicide attempt: a case-control study

Abstract – Suicidal behavior has been seen as a global public health problem. In patients with alcohol dependence syndrome (ADS), the association with increased suicidal tendencies has strongly established. The identification of risk factors is a major challenge for health professionals. Among the most prevalent risk factors are the previous Suicide Attempts (TS) and psychiatric comorbidities, mainly those of depressive symptomatology. Authors point out that the presence of risk factors and psychiatric comorbidities increase suicide attempts in this population. The present study aimed to investigate and describe the main psychiatric comorbidities associated with TS in subjects with ASD. The research was conducted in two treatment centers in chemical dependency, with the participation of 100 participants who were equally divided into two groups: a group with a positive history for attempted suicide and a group with a negative history for suicide attempt. In both groups, an interview was conducted, the CAGE Questionnaire for Alcoholism Screening, the AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) for identification of severity of alcoholism, Beck Depression Inventory - BDI, to identify the Severity of possible depressive symptomatology, the Hopelessness Inventory (BHS), in order to estimate hopelessness, Beck's Suicidal Ideation Inventory (BSI) to evaluate suicidal ideation and, finally, the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0 .0 Brazilian Version). Hopelessness (84%)(OR / IC 8.12 / 2.29, 14.40), depression (78%) (OR / CI 4.51 / 1.8.8; 10.7) and suicidal ideation (64%) (OR / CI 3.16 / 1.17; 8.51) in the population with SDA and history of attempted suicide. The psychopathological conditions presented, according to the data collected, increased the odds ratios for TS around 20 times.

Key Words: Suicide attempts and alcoholism, alcoholism risk factors, Psychiatric comorbidities

Estudo realizado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil. [1]Doutoranda em Neuropsiquiatria, [3]Doutor em Medicina pela Universidade de Barcelona, Coordenador do Núcleo Especializado em Dependência Química (NEDEQ). [3] PhD. Professor do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE, Recife, PE, Brasil

*Camila Cordeiro dos Santos - Rua Maragojipe, 180, Jardim São Paulo – 50920-110 – Recife, PE, Brasil. E-mail: camilachristielly@hotmail.com

Os autores declaram que não há conflitos de interesse.

Introdução

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) vêm apontando o suicídio como uma das principais causas de mortes potencialmente evitáveis [1]. Estima-se que a prevalência do mesmo venha aumentando consideravelmente nas últimas décadas entre os jovens, principalmente em países desenvolvidos[2].

No Brasil, as taxas de suicídio se elevaram em 21% entre 1980 e os anos 2000, em sujeitos na faixa etária de 15 a 24 anos de idade[3]. As mortes prematuras ocasionadas pelo suicídio acarretam em graves impactos e repercussões com consequências econômicas e sociais, destaca-se ainda o fato de que em suicídios não consumados, o indivíduo possa sofrer com sequelas incapacitantes e irreversíveis[4]. Observa-se que a identificação de sujeitos em risco elevado para o autoextermínio se configure em um dos principais desafios entre profissionais de saúde.

Estima-se que entre 10 a 20 milhões de pessoas em todo o mundo tentam suicídio a cada ano[1]. O número de tentativas de suicídio (TS) no entanto, demonstram cifras mais elevadas. Em torno da metade a dois terços de todas as TS's são realizadas por sujeitos que sofrem de transtornos psiquiátricos [5,6].

A grande maioria desses transtornos quando examinados de forma independente, mostram-se associados a um risco maior de TS, acredita-se que as características psicopatológicas específicas dos transtornos funcionem de forma a potencializar o risco suicida [8-10].

Alguns estudos longitudinais e de autópsia psicológica vem demonstrando que as TS's normalmente ocorrem nos episódios depressivos maiores ou mistos dos transtornos de humor [1, 7-10]. Erkki [11] aponta que a incidência de TS circula entre 20 a 40 vezes mais nesses episódios do que na fase eutímica, alertando para o fato de que a duração desses episódios se configura num importante fator de risco para TS.

Além do transtorno acima mencionado, observa-se como fatores predisponentes ao comportamento suicida o abuso e dependência de substância psicoativa, sobretudo o álcool, esquizofrenia, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) transtornos de personalidade, sendo mais frequente o limítrofe [6, 9-11]. No que

concerne ao histórico de vida, destaca-se experiências de abuso e maus tratos, adoecimento físico em geral e acesso facilitado aos meios para cometer suicídio [12-14]. Observa-se, que esses achados apontam para uma natureza psicossocial como origem do risco suicida [9].

Pesquisas mais recentes, voltadas à neurobiologia, vêm indicando o papel da redução da transmissão serotoninérgica associada a fatores externos, aumentando a dificuldade em controlar a agressividade e conter a impulsividade, vulnerabilizando e predispondo sujeitos a comportamentos suicidas. Outro fator de destaque seria os comprometimentos bioquímicos e cognitivos presentes em pacientes alcoolistas e depressivos, demonstrando que as referidas patologias não só compartilham os sintomas psicopatológicos, mas também a fisiopatologia, reforçando ainda mais a comorbidade entre as mesmas [15-17].

A literatura vem reforçando que o consumo excessivo de álcool e a intoxicação alcoólica aguda funcionaria como uma espécie de fator catalisador quando associado aos fatores já descritos[15-18].

Um estudo retrospectivo de 10 anos (2001-2010), realizado com 7019 casos, encontrou alcoolemia positiva em 36% dos suicídios por intoxicação exógena e 30% por enforcamento [19]. Endossando então, o fato de que o álcool aumentaria a impulsividade, desinibição e, diminuiria a crítica e autocontrole, aumentando desta forma, o risco de suicídio em sujeitos com fatores predisponentes. Ressalta-se, diante desses achados que, além de fatores psicossocias, há consistência na literatura de que a presença de transtornos psiquiátricos atrelados aos mesmo se apresentem como fortes indicadores de TS [9,18].

Diante do exposto, o presente estudo buscou evidenciar os principais transtornos psiquiátricos comorbidos encontrados em sujeitos com a Síndrome da Dependência Alcoólica (SDA) que se encontravam em tratamento para dependência química com histórico positivo para TS, como possibilidade de contribuição na construção de intervenções eficazes que auxiliem na identificação de riscos potenciais, aumentando então, a prevenção do suicídio.

Método

A presente pesquisa se configura em um estudo caso-controle, que foi realizada no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2016 em dois centros de tratamento em dependência química: Núcleo de Dependência Química (NEDEQ) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e numa clínica de tratamento em dependência química Grupo Recanto.

A amostra foi composta por 100 participantes que foram divididos igualmente em dois grupos. O grupo caso foi composto por sujeitos que apresentavam histórico positivo para tentativa de suicídio (HPTS), no grupo controle foram incluídos sujeitos que não apresentavam histórico de tentativas de suicídio (HNTS).

Em ambos os grupos, foram aplicados uma entrevista para coleta de informações sócio demográficas e as seguintes escalas: CAGE *Questionnaire* para rastreio do alcoolismo, o AUDIT – (Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool) para a identificação da gravidade do alcoolismo, Inventário de Depressão de Beck – BDI, para identificar a gravidade de possível sintomatologia depressiva, o Inventário de Desesperança – BHS, com a finalidade de estimar a desesperança, o Inventário de Ideação Suicida de Beck – BSI, para avaliar a ideação suicida, e, por fim, o Mini *International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0 Versão Brasileira), para verificar possíveis comorbidades associadas ao alcoolismo.

A análise dos dados coletados, consistiu na construção de tabelas com a distribuição absoluta e relativa. Foram também, calculados os valores das odds-ratio (OR) e seus intervalos respectivos com 95% de confiança (IC), associados aos níveis descritivos níveis descritivos do teste Fischer.

Os critérios utilizados para inclusão na pesquisa foram: diagnóstico positivo para a síndrome da dependência do álcool, idade superior aos 18 anos, estar em acompanhamento nos centros de tratamento. Foram excluídos sujeitos que apresentavam síndromes demenciais, algum comprometimento cognitivo que afetava a compreensão acerca da natureza da pesquisa.

O estudo realizado foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o parecer do CAE: 50946015.0.0000.5208 e conduzido de acordo com a declaração de Helsinki.

Resultado

A amostra foi composta integralmente por homens com idade (35,2±9,5 e 34,5±9,8) no grupo HPTS e HNTS, respectivamente. Na tabela 1 são apresentadas as variáveis relacionadas ao contexto sócio demográfico dos participantes. Observa-se que 56% dos participantes do grupo HPTS referem estado marital enquanto que no grupo HNTS, o percentual para esta variável se apresenta maior (80%). O fato de ter filhos se mostrou um resultado estatisticamente significativo, encontrado no grupo HPTS (52%) e HNTS (64%), (P=0.0151*).

Avaliando ainda o contexto sócio demográfico, foi encontrada significância estatística na variável ter apoio emocional (P=0.0033) e estar em condição de dependência financeira (P=0.0031). Esta última variável apareceu associada a um risco 4 vezes maior para tentativa de suicídio. Ter oito anos ou mais de estudo não apresentou significância nesta população.

(TABELA 1 NESTE LOCAL)

Investigando os hábitos relacionados a ingestão do álcool, foi encontrado que o grupo HPTS iniciou o consumo de bebidas alcóolicas por volta dos 13 anos de idade, com tempo médio de 18 anos de consumo, enquanto que no grupo HNTS o início do consumo se deu por volta dos 14 anos e 15 anos de consumo. Na tabela 2 se observa que apesar dos diferentes padrões de consumo no que tange a frequência da ingestão, o fator mais significante para o grupo HPTS foi o fato de já terem iniciado tratamento de dependência química com e sem internação em outros momentos da vida, indicando possivelmente a gravidade do seu transtorno com o álcool.

(TABELA 2 NESTE LOCAL)

No rastreio da presença de depressão e desesperança realizados pelo BDI e BHS respectivamente, foram encontrados resultados significativos nas categorias depressão leve (P=0.0242), desesperança leve (P=0.0397) e desesperança moderada (P=0.0338). Condições estas que aumentavam o risco suicida em média 3 vezes.

(TABELA 3 NESTE LOCAL)

No levantamento das possíveis comorbidades associadas a DAS realizada através do MINI, observou-se que os transtornos mais frequentes e que apresentavam significância estatísticas foram: a presença da ideação suicida (P=0.0159), Transtorno de Ansiedade Generalizada (P=0.0149) e Episódio depressivo maior e melancólico (p=0.0009), esta última de acordo com os testes estatísticos apresentava OR (IC) 4.51 (1.88; 10.7).

(TABELA 4 NESTE LOCAL)

Discussão

A SDA, vem sendo reconhecida como um potencial fator de risco para tentativas de suicídio, sobretudo quando associada a outras comorbidades psiquiátricas[20-23.] Com a finalidade de levantar os fatores preexistentes, esse estudo encontrou sustentação na literatura na grande maioria de seus achados.

No perfil sócio demográfico, foi destacado significância estatísticas nas seguintes variáveis: Presença de situação marital, ter filhos, ocupação, apoio emocional e financeiro. Essas variáveis mostraram-se como fatores de proteção no grupo HNTS, apresentando porcentagens significativas quando comparadas ao grupo NPTS, reforçando então, os mesmos achados em pesquisas anteriores sobre a temática abordada[22-24].

Estar em um relacionamento afetivo significativo, não só contribui para a melhora da qualidade de vida, como também se mostra um fator protetor no que tange a diminuição da incidência de transtornos mentais e TS [24]. De forma similar, a ocupação e independência financeira conferem ao sujeito propósitos e significado de vida, além do sentimento de proficuidade e de pertencimento a um grupo. O apoio emocional de seus pares, acarretaria numa visão positiva da vida, diminuindo desta forma, a desesperança diante das dificuldades enfrentadas[23-25].

Torna-se importante ressaltar que as variáveis desemprego e dependência financeira podem se configurar tendenciosas, uma vez que muitos transtornos psiquiátricos, incluindo a dependência do álcool possam inviabilizar o exercício de

uma profissão. No entanto, ainda se entende que tais variáveis estejam fortemente relacionadas aos eventos estressantes da vida[26].

Eventos estressantes são entendidos como: exposição a eventos incomuns e problemáticos, tais como perdas financeiras, sofrimento do paciente ou outros membros da família de uma doença médica, problemas com relações sociais ou familiares, conflitos conjugais, divórcio ou violência doméstica, que têm o potencial de mudar os padrões de vida ou estimular muitos sentimentos desagradáveis [26-27].

Em relação a evolução da SDA e o perfil de consumo do álcool, constatou-se que a idade inicial para o consumo circundou os 13 anos de idade, faixa etária esta que contraria as recomendações da OMS. Um cérebro em desenvolvimento na presença de substâncias psicoativas aumenta o risco para uso nocivo e dependência da substância, neste caso o álcool. Foi observado que a grande maioria dos sujeitos iniciaram o uso dentro da esfera familiar, informações que corroboram com achados em outros estudos[16-20].

O uso de álcool na adolescência, vem crescendo exacerbadamente no cenário mundial, nacional e regional. O Nordeste do Brasil apresenta as menores idades de início do uso do álcool. Acredita-se que este fato esteja relacionado a questões culturais, onde muitas vezes o uso não é só estimulado como também incentivado[28].

O tempo de consumo em anos, também se mostrou elevado no grupo HPTS. Esse dado aponta que além das chances elevadas para adoecimentos psiquiátricos, estes sujeitos apresentem maiores riscos para adoecimentos físicos, uma vez que os efeitos deletérios do álcool no organismo aumentem significativamente com o tempo[29]. Um estudo americano, encontrou forte relação entre acometimento físico, psiquiátrico e TS, concluindo que o comprometimento físico e orgânico aumentaria significativamente o risco para TS[30].

Já ter realizado tratamento para dependência do álcool mostrou-se como um fator significativo na análise estatística. Acredita-se que os maiores números de internações e tratamentos para o transtorno esteja diretamente proporcional a gravidade do mesmo. As taxas de insucesso no tratamento podem desencadear sentimentos de desesperança. Vale salientar, no entanto, que a SDA tal como o suicídio, possuem etiologia multifatorial. Neste sentido, intervir em apenas um aspecto, mostra-se ineficaz.

Estudos apontam que a abordagem psicossocial vem funcionando como forte aliada a manutenção da sobriedade [31]. Uma vez que, contando com o apoio de uma equipe multidisciplinar, as intervenções realizadas sejam mais amplas, atingindo desta maneira, boa parte das esferas do sujeito. É importante destacar que embora existam inúmeras explicações para o surgimento e manutenção da dependência com ênfase no aspecto orgânico, psíquico e social, nenhum desses, isoladamente conseguiram explicar de forma adequada a etiologia do transtorno [21-23].

Conjugado à hipótese de maior gravidade da dependência no grupo HPTS onde o número de internações relatados fora maior, encontrou-se também, maior percentual de sujeitos que estavam em tratamento psicofarmacológico. Nesta variável, dois fatores merecem atenção. O álcool é considerado um agente psicotrópico depressor que aliado a alguns psicofármacos, pode elevar sua concentração na corrente sanguínea aumentando ainda mais a intoxicação aguda pelo álcool, como também funcionaria como um meio de suicídio por ingestão excessiva[32,33].

É conhecido pela literatura que os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) levam cerca de 15 dias para demonstrar eficácia no controle dos sintomas depressivos. Sintomas esses mais relatados por pacientes com SDA. Durante esse período, o sujeito pode experienciar aumento da sintomatologia depressiva incluindo ideação suicida [20-24]. Fato este que requer orientação adequada do médico ao paciente.

Outro grupo de fármacos largamente prescrito no tratamento da dependência é o dos benzodiazepínicos. Substâncias essas conhecidas por seus efeitos depressores no sistema nervoso central que aliados ao álcool, potencializam seus efeitos, aumentando a sedação, depressão cardiorrespiratório podendo levar ao coma e a morte. Devido aos seus efeitos relaxantes, sujeitos muitas vezes os utilizam como meio de suicídio na tentativa de evitar a dor que poderia ser causada por outros meios de autoextermínio.

Esses achados levantam a importância de um acompanhamento atento e criterioso por parte da equipe de saúde responsável pelo tratamento do sujeito. Tanto no que tange a prescrição como a eficácia dos medicamentos, revelando-se necessário a constante avaliação de sua eficiência no controle dos sintomas.

Ressalta-se também o fato de que o acesso a esses meios também funciona como fator de risco para TS [32,33].

Atendendo aos objetivos deste estudo, foi realizado um levantamento dos sintomas apresentados e referidos pelos sujeitos através de duas escalas largamente utilizadas em vários países: o BDI e BHS. Com o BDI foi possível observar a presença de transtornos depressivos em seus variados níveis, no qual o mais significativo foi a depressão leve. Embora a depressão moderada não tenha demonstrado significância estatística, observa-se um maior percentual no grupo HPTS.

Um dos sintomas mais prevalentes do transtorno depressivo citado por vários autores [23,26,33-36] é a ideação suicida, sentimentos de desvalor, desamor, desesperança entre outros. Sentimentos esses que afetam negativamente a autopercepção e a qualidade de vida. Além disso, vem sendo evidenciado pela literatura de forma consistente o transtorno depressivo como forte preditor para TS nesta população. No presente estudo, evidenciou-se que o transtorno depressivo maior poderia apresentar um risco 4,5 maiores quando comparado ao grupo controle.

Um estudo destacou, que pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool, apresentaram alterações volumétricas na substância cinzenta, hipometabolismo na região frontal (responsável pelas funções mentais superiores como planejamento, controle da impulsividade e execução), Além de baixo processamento em atividades cognitivas[16]. Resultados semelhantes foram encontrados em pacientes com depressão e histórico de tentativas de suicídio, corroborando a hipótese de que ambos os transtornos compartilham a mesma fisiopatologia.

Estudos bioquímicos vêm demonstrando a relação da diminuição da presença da serotonina no liquor ao comportamento suicida, como também, baixa transmissão serotoninérgica principalmente no córtex pré-frontal, considerado região chave no modelo neuroanatômico de regulação do humor. Acredita-se que a redução da serotonina nessas regiões, favoreceria a impulsividade nesses sujeitos, uma vez que a mesma é considerada reguladora do comportamento[17, 29]

Apesar de serem considerados comórbidos, ainda não foi possível estabelecer qual seria transtorno de base (se a SDA favoreceria o surgimento de transtornos depressivos ou, os transtornos depressivos levariam à SDA). Acredita-se que as

alterações emocionais, disfunções no processamento cognitivo e a baixa modulação da impulsividade, estariam relacionadas ao comportamento adicto, depressivo e suicida, corroborando a hipótese que os transtornos mencionados compartilhem a mesma fisiopatologia [38].

O sentimento de desesperança em seus níveis leve (P= 0.0397; OR=2.57) e moderada (P=0.0338; OR=3.16) também se mostrou um forte preditor para TS no grupo caso, aumentando o risco em quase 5,5, reforçando a necessidade de sua identificação em sujeitos com SDA, uma vez que a falta de perspectiva de vida afeta negativamente na percepção de si e do mundo, elevando então, o risco de suicídio. Pacientes com desesperança apresentam uma tendência a interpretar sistematicamente as experiências de uma forma negativa e antecipando muitas vezes, consequências desastrosas para os seus problemas.

Jaiswal *et al.* (2016)[39] conduziu um estudo um estudo transversal em 50 pacientes com tentativas de suicídio admitidos em internamentos nas primeiras 48 horas, tanto na enfermaria de medicina interna como na unidade de cuidados intensivos médica. Seus resultados revelaram que A letalidade da tentativa aumenta com o aumento da falta de esperança. Esta conclusão fornece a evidência da necessidade de avaliar adequadamente os sujeitos que apresentem desesperança, de modo a planejar uma terapia psiquiátrica objetivando evitar futuras tentativas de suicídio.

No levantamento de comorbidades psiquiátricas realizado pelo MINI, constatou-se em ordem de frequência que as comorbidades presentes mais significantes, além da depressão já discutida foi a ideação suicida (P=0.0159) e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (P=0.0149).

A ideação suicida se configura como a representação mental (pensamentos e cognições) sobre como acabar com a própria existência. Vem sendo demonstrada como um fator preditor importante de TS [40-43]. Manifesta-se normalmente como sintoma presente em uma grande parte dos transtornos mentais, sobretudo os de humor e em algumas populações específicas: Adolescentes, idosos e presidiários. Seguindo uma ordem decrescente, temos o suicídio consumado, TS e a ideação suicida como sintoma inicial, o qual identificou-se a presença do mesmo em 60% dos

sujeitos que tentaram suicídio, destacando então, a necessidade de identificação precoce [40].

Além dos transtornos depressivos, o TAG vem se mostrado presente na população com SDA. Alguns participantes inclusive, relataram que iniciaram o uso do álcool com o intuito de diminuir os sintomas acarretados pela ansiedade, buscando o relaxamento e desinibição proporcionado inicialmente pelo mesmo.

Portadores de TAG apresentam um risco 33 vezes maior quando comparado a população geral de apresentar um transtorno depressivo e cerca de 20 vezes mais de apresentar transtorno de pânico. O TAG se constitui num transtorno com altas taxas de comorbidades, complicando muitas vezes o diagnóstico adequado, tratamento e recuperação[43].

Apesar do rigor metodológico adotado para a condução da pesquisa, alguns pontos não conseguiram ser relevados em sua totalidade. Algumas variáveis como por exemplo, a presença de transtornos de personalidade e transtorno afetivo bipolar que apresentam relações significativas a TS de acordo com algumas publicações, não foram enfocadas neste estudo.

Apesar da boa adesão aos objetivos e possuírem o padrão de respostas rápidas, o grande número de questões e extensão da entrevista e escalas pode ter despertado algum tipo de desinteresse ou desconforto. O que pôde ser observado quando os pacientes foram submetidos à escala BHS, apesar das respostas serem dicotômicas (CERTO/ERRADO), a mesma apresentava algumas questões delicadas e difíceis para alguns participantes assumirem adotar alguns tipos de pensamentos quando questionados.

Os estudos caso-controle são muito utilizados para a investigação de condições presentes e associadas, o que possibilita melhorar o planejamento das ações de saúde e gerar hipóteses de novos estudos. Entretanto, este tipo de estudo não permite a observação ao longo do tempo em relação as comorbidades apresentadas e o risco suicida, avaliando desta forma o estado e não a continuidade.

Por fim, ainda nos deparamos com o contexto dos locais de pesquisa ter se dado em apenas dois centros de tratamento. Evidências apontam que estudos multicêntricos apresentem maiores consistência. Não menos importante, salienta-se

o fato de que os participantes do estudo estavam em tratamento em um centro de referência em dependência química, situado na zona urbana na região do Nordeste, o que pode impossibilitar a comparação a outros estudos semelhantes conduzidos em outros contextos e localidades.

Conclusão

Diante dos dados levantados nesse estudo, conclui-se que a ausência de relação marital, desemprego, falta de apoio emocional e dependência financeira configuram-se variáveis sócio demográficos associadas a um maior risco de TS nesta população.

Atendendo aos objetivos do presente estudo, foi observado como condições clínicas comorbidas, a presença de depressão (em todos os seus níveis de gravidade), desesperança, ideação suicida e transtorno de ansiedade generalizada nos participantes com histórico de tentativas de suicídio. O fato da alta prevalência da ideação suicida e depressão maior ainda se encontrarem presentes mesmo após o início do tratamento para a SDA, ressalta a importância de um acompanhamento terapêutico aproximado e criterioso.

Pelo fato dos transtornos mencionados apresentarem etiologia multicausal, salienta-se a necessidade de investigação e acompanhamento biopsicossocial com o objetivo de traçar um perfil de risco onde seja possível a construção de intervenções que possibilitem mitigar as tentativas de suicídio nesta população, diminuindo as recidivas, aumentando então, a prevenção do suicídio.

Referências

1. World Health Organization. Country reports and charts available. Recuperado de www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html. 2014.
2. Biddle L, Brock A, Brookes ST, Gunnell D. Suicide rates in Young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. BMJ. 2008;336(7643):539-42.
3. Mello-SantosC, Bertolote JM, Yuan-Wang P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(2):131-4.

4. Holmgren A, Jones AW. Demographics of suicide victims in Sweden in relation to their blood-alcohol concentration and the circumstances and manner of death. Forensic Sci Int. 2010;198(1-3):17-22.
5. Kaplan MS, Giesbrecht N, Caetano R, Conner KR, Huguet N, McFarland BH, et al. Acute alcohol consumption as a contributing factor to suicidal behavior. Am J Public Health. 2013;103: e2–3.
6. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A,Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. Alcohol Alcohol. 2012;47(5):571-6.
7. Golshiri P, Akbari M, Zarei A. Case-control study of risk factors for suicide attempts in Isfahan, Iran. Int J Soc Psychiatry. 2017 Jan 1:20764016685347.
8. Hoertel N. S Franco, M M Wall. M A Oquendo, B T Kerridge, F Limosin and C Blanco. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. Molecular Psychiatry (2015) 20, 718–726.
9. Meleiro AMAdS. A complexidade multidimensional no processo suicida. RBM. 2013 13;70:12-24.
10. Oquendo MA, Perez-Rodriguez MM, Poh E, Sullivan G, Burke AK, Sublette ME, Mann JJ, Galfalvy H: Life events: a complex role in the timing of suicidal behavior among depressed patients. Mol Psychiatry 2013.
11. Erkki Isometsä. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why?. The Canadian Journal of Psychiatry. 2014; 59; 3.
12. Rajalin M., Hirvikoski T. & Jokinen J. Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. J Affect Disord 148, 92–97 (2013).
13. Huang M.-C., Schwandt M. L., Ramchandani V. A., George D. T. & Heilig M. Impact of multiple types of childhood trauma exposure on risk of psychiatric comorbidity among alcoholic inpatients. Alcohol. Clin. Exp. Res. 36, 1099–1107 (2012).
14. Conner KR, Bagge CL, Goldston DB, Ilgen MA. Alcohol and suicidal behavior: what is known and what can be done. Am J Prev Med. 2014;47:S204–8.
15. Bortolato M. et al. The role of the serotonergic system at the interface of aggression and suicide. Neuroscience. 2013; 236, 160–185.
16. Amaral, r. A. ; Malbergier A. Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of São Paulo. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.26, n.3, pp. 156-163. 2004.
17. Cunha, P. J., & Novaes, M. A. . Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. 26(1), 23-27. 2004.
18. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública. 2013;29(1):175-87.
19. Jones AW, Holmgren A, AhlnerJ. Toxicology findings in suicides: Concentrations of ethanol and other drugs in femoral blood in victims of hanging and poisoning in relation to age and gender of the deceased. J Forensic Leg Med.2013;20(7):842-7.

20. Demirbas H, Ilhan IO, Dogan YB. Assessment of the mode of anger expression in alcohol dependent male inpatients. Alcohol Alcohol. 2011 Sep-Oct;46(5):542-6.
21. Bertolote, J. M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo, SP: Ed. Unesp. 2012.
22. Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. World Psychiatry, 2002, 1, 181-18533.
23. Botega NJ, Barros MBdA, Oliveira HBd, Dalgalarrondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005;27.
24. Bell CM, Ridley JA, Overholser JC, Young K, Athey A, Lehmann J, Phillips K.The Role of Perceived Burden and Social Support in Suicide and Depression.Suicide. Life Threat Behav. 2017 Jan 17.
25. Ashrafioun L, Kane C, Stephens B, Britton PC, Conner KR. Suicide attempts among alcohol-dependent pain patients before and after an inpatient hospitalization. Drug Alcohol Depend. 2016 Jun 1;163:209-15
26. Arenas A, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Suicidal Behaviour and Associated Factors in Colombia. Results from the 2015 National Mental Health Survey. Rev Colomb Psiquiatr. 2016 Dec;45 Suppl 1:68-75.
27. Thornberry TP, Henry KL, Ireland TO, Smith CA. The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. J Adolesc Health. 2010 Apr;46(4):359-65. Epub 2010 Jan 4.
28. Botega, NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol. USP, São Paulo. 2014. V. 25, n. 3, p. 231-236.
29. Gonçalves EMG; Ponce JC; Leyton V. Uso de álcool e suicídio. Saúde, Ética & Justiça. 2015;20(1):9-14
30. Ashrafioun L, Kane C, Stephens B, Britton PC, Conner KR. Suicide attempts among alcohol-dependent pain patients before and after an inpatient hospitalization. Drug Alcohol Depend. 2016 Jun 1;163:209-15
31. Klonsky ED, Qiu T, Saffer BY.Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators.Curr Opin Psychiatry. 2017 Jan;30(1):15-20.
32. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Profile of suicide attempts using intentional overdose with medicines, treated by a poison control center in Parana State, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26(7):1366-72.
33. Iribarren C, Sidney S, Jacobs DR, Jr., Weisner C. Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2000;35(7):288-96.
34. Colbert SJ; Krause N. Witnessing violence across the life course, depressive symptoms, and alcohol use among older persons. Health Educ Behav;36(2): 259-77, 2009 Apr.
35. Bolton JM; et al. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Source: J Clin Psychiatry, 69 (7): 1139-1149, July 2008.
36. Coelho. B M. A influência da comorbidade entre depressão e transtorno por uso de álcool nos comportamentos suicidas no Epidemiológica de São Paulo Estudo de Área de Captação, Brasil.Rev. Bras. Psiquiatr. vol.32 no.4 São Paulo dez 2010.

37. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. Bipolar Disord. 2013:15(5):524-41.
38. Higgins E. S.; George M.S. Neurociências para prática clínica: a fisiopatologia do comportamento e da doença mental. Porto Alegre: Artmed, 2010.
39. Jaiswal SV, Faye AD, Gore SP, Shah HR, and Kamath RM. Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. J Postgrad Med. 2016 Apr-Jun; 62(2): 102–104.
40. Pompili M, Innamorati M, Szanto K, et al. Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. Psychiatry Res. 2011;186(2–3):300–305.
41. Troister T, Holden RR. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. Pers Individ Dif. 2010; 49:689–93.
42. Pompili M, Innamorati M, Forte A, et al. Insomnia as a predictor of high-lethality suicide attempts. Int J Clin Pract. 2013;67(12):1311–1316.
43. Vasconcelos JRO, Lôbo APS, Melo NVL. Risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas no transtorno de ansiedade generalizada. J. bras. Psiquiatr. 2015 Dec; 64(4): 259-265.

Tabelas

Tabela 1: Distribuição das características sócio demográficas dos participantes do estudo

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Idade (média±DP)	**35,2±9,5**		**34,5±9,8**		**-**	**-**
Situação Marital	**23**	**56%**	**40**	**80%**	**0,21 (0.08; 0.51)**	**0.0008***
Filhos	**27**	**52%**	**32**	**64%**	**0,66 (0.29;0.47)**	**0.0151***
Ocupação	**35**	**70%**	**45**	**90%**	**0,25 (0.08;0.78)**	**0.0228***
Tem Religião	**40**	**80%**	**47**	**94%**	**0.25 (0.06;0.99)**	**0.0713**
Tem apoio emocional	**35**	**70%**	**47**	**94%**	**0.14 (0.04;0.55)**	**0.0033***
Dependência financeira	**25**	**50%**	**10**	**20%**	**4.00 (1.64;9.71)**	**0.0031***
Escolaridade - ≥ 8 anos de estudo	**38**	**66%**	**40**	**80%**	**0.79 (0.30;2.04)**	**0.8097**
CAGE ≥ 2	**50**	**100%**	**50**	**100%**	**-**	**-**
Consumo de risco AUDIT ≥ 8	**47**	**94%**	**43**	**86%**	**2.5 (0.62;10.4)**	**0.3178**

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

Tabela 2: Histórico da SDA e padrão de consumo de bebidas alcóolicas

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Idade de Início (média)	13,5		14,5		-	-
Tempo de consumo em anos(média)	18		15		-	-
Padrão de consumo						
Diariamente	10	20%	9	18%	1.13 (0.420;3.10)	1.0000
Dias alternados	28	56%	20	40%	1.90 (0.86;4.23)	0.1609
Finais de Semana	12	24%	21	42%	0.43(0.19;1.03)	0.0881
Já fez tratamento para dependência	27	54%	15	30%	2.73 (1.20; 6.22)	0.0253*
Em uso de Medicação	45	90%	40	80%	2.25 (0.70;7.14)	0.2623

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

Tabela 3: Presença de depressão e desesperança nos grupos HPTS e HNTS, investigadas pelo BDI e BHS, respectivamente.

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Depressão						
Leve	**26**	**52%**	**14**	**28%**	**2.78 (1.21;6.38)**	**0.0242***
Moderada	**13**	**26%**	**8**	**16%**	**1.84(0.68;4.94)**	**0.3262**
Desesperança						
Leve	**25**	**50%**	**14**	**28%**	**2.57 (1.12; 5.89)**	**0.0397***
Moderada	**17**	**34%**	**7**	**14%**	**3.16 (1.17;8.51)**	**0.0338***

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

Tabela 4: Presença de comorbidades psiquiátricas nos grupos HPTS e HNTS

	HPTS N=50		HNTS N=50		OR (IC)	Valor de P
	N	FREQ	N	FREQ		
Ideação suicida	**32**	**64%**	**19**	**38%**	**3.16 (1.17;8.51)**	**0.0159***
Transtorno de Ansiedade Generalizada	**35**	**70%**	**22**	**44%**	**2.96 (1.30; 6.76)**	**0.0149***
Episódio depressivo maior e melancólico	**39**	**78%**	**22**	**44%**	**4.51 (1.88;10.7)**	**0.0009***
Dependências de substancias psicoativas, exceto álcool.	**33**	**66%**	**25**	**50%**	**1.94 (0.86; 4.34)**	**0.1558**
Abuso e/ou Dependência de álcool	**50**	**100%**	**50**	**100%**	**-**	**-**

*P< 0,05 pelo teste exato de Fisher - OR (IC 95%): odds ratio a (intervalo de confiança em nível de 95%)

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio se apresenta como um desfecho pessoal que fomenta grande interesse por parte da comunidade científica. Da ideação ao suicídio consumado, percebe-se a presença de fatores associados que podem aumentar ou diminuir a letalidade deste comportamento.

Inúmeros estudos vêm sendo realizados ao longo das décadas com a finalidade de definir um perfil de risco. No entanto, devido a sua natureza multifatorial, a análise reducionista do sujeito se mostra equivocada. Demonstrando desta forma, a necessidade de estudos e intervenções que concebam o indivíduo considerando sua condição biopsicossocial.

De acordo com nossos achados e literatura concordante, histórico familiar de transtorno mental e TS, ausência de relações afetivas significativas e desemprego, funcionam como variáveis sócio demográficas fortemente relacionadas às TS.

A intoxicação alcóolica aguda associada a fatores como desesperança e impulsividade, elevaram substancialmente o risco suicida. Estudos *post morten* e de autopsia psicológica, relacionam o álcool em quase 70% dos suicídios consumados. Dados corroborados pelas informações coletadas. Um número expressivo dos participantes admitiu estar sob efeito do álcool quando tentaram suicídio.

Muitos relatavam que sob influência do álcool, sentiam-se desesperançados, rejeitados, enraivecidos, entre outros sentimentos. Observa-se aqui, o quanto o sentimento de desconexão e não pertencimento com seus pares impactam negativamente na autopercepção e qualidade de vida.

No que tange as comorbidades psiquiátricas, observou-se como condições coexistentes ao SDA, o transtorno depressivo, ideação suicida, desesperança e TAG como patologias mais prevalentes. A depressão por si só, funciona como um forte preditor para TS, associada a desesperança, as chances de TS se elevam substancialmente.

É bem sabido que os pensamentos presentes na desesperança, muitas vezes não tem embasamento na realidade, configurando-se de forma distorcida. Pacientes com desesperança apresentam uma tendência a interpretar as experiências vivenciadas de uma forma muito negativa, antecipando muitas vezes, consequências

desastrosas para os seus problemas, demonstrando muitas vezes, dificuldades em lidar com os eventos comuns ao cotidiano.

Outra variável considerável foi a presença de ideação suicida. Relembramos neste tópico que a pesquisa foi conduzida com pacientes em tratamento. Diante desta constatação, a necessidade de atendimento individualizado mostra-se imperativa.

Diante dos dados apresentados, é possível afirmar que a presente pesquisa corroborou sua hipótese e conseguiu atingir seus objetivos. Como todo estudo, entretanto, a presente pesquisa também apresentou algumas limitações, como por exemplo, identificar a presença de transtornos de personalidade.

Sugerimos que mais pesquisas relacionadas a temática estudada sejam fomentadas e realizadas, sobretudo, no Brasil. Apesar da etiologia do comportamento suicida ainda permanecer obscurecida, estudos que objetivem a identificação desses fatores de risco, funcionariam como um importante aliado. Este recurso, possibilitaria a construção de protocolos e intervenções terapêuticas adequadas e eficazes, aumentando então, a prevenção do suicídio, uma vez que forneceriam embasamentos consistentes para a elaboração de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr**.22, 106-115. 2000.

BABOR, T. et al. audIt:teste para identificação de problemas de álcool - roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: **PAI-PAD,** 2003. 44p.

BÁCSKAI E, CZOBOR P, GEREVICH J. Suicidality and trait aggression related to childhood victimization in patients with alcoholism. **Psychiatry Res**. Jan;165(1-2):103-10. 2009.

BERTOLOTE, J. M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo, SP: Ed. Unesp. 2012.

_____, J. M., & Fleischmann, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry**, 2002, 1, 181-18533.

BOLTON JM; et al. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Source: **J Clin Psychiatry**, 69 (7): 1139-1149, July 2008.

BORGES G, LOERA CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. **Curr Opin Psychiatry**. May;23(3):195-204. 2010.

BOTEGA NJ, BARROS MBDA, OLIVEIRA HBD, DALGALARRONDO P, MARÍN-LEÓN L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation **Rev Bras Psiquiatr**. 2005;27.

_____ NJ . [Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan]. **Rev Bras Psiquiatr** 29 (1): 7-8. 2007.

CAIS CFS, et al . Factors associated to repeated suicide attemptes: preliminary results of the W.H.O. Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS). **Crisis** . 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Alcohol and suicide among racial/ethnic populations - 17 states, 2005-2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2009 Jun 19;58(23):637-41.

CHERMACK ST; MURRAY RL; WALTON MA; BOOTH BA; WRYOBECK J; BLOW FC. Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: correlates of psychological and physical aggression and injury. **Drug Alcohol Depend**;98(1-2): 35-44, 2008 Nov 1.

COÊLHO. B M. A influência da comorbidade entre depressão e transtorno por uso de álcool nos comportamentos suicidas no Epidemiológica de São Paulo Estudo de Área de Captação, Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr**. vol.32 no.4 São Paulo dez 2010.

COLBERT SJ; KRAUSE N. Witnessing violence across the life course, depressive symptoms, and alcohol use among older persons. **Health Educ Behav**;36(2): 259-77, 2009 Apr.

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

CUNHA, P. J., & NOVAES, M. A. Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: Implicações para o tratamento. **Rev Bras Psiquiatr**, 26(1), 23-27. 2004

DALGALARRONDO P, et al . Religious affiliation and psychiatric morbidity in Brazil: Higher rates among Evangelicals and Spiritists. **Int J Social Psychiatry.** 2008.

DEMIRBAS H, ILHAN IO, DOGAN YB. Assessment of the mode of anger expression in alcohol dependent male inpatients. **Alcohol Alcohol.** 2011 Sep-Oct;46(5):542-6.

DIEHL, A.; LARANJEIRA, R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. **J Bras Psiquiatr;** 58(2): 86-91, 2009.

HAKANSSON A, BRADVIK L, SCHLYTER F, BERGLUND M. Factors associated with the history of attempted suicide. **Crisis**. 31(1):12-21, 2010.

HIGGINS E. S.; GEORGE M.S. Neurociências para prática clínica: a fisiopatologia do comportamento e da doença mental. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HUNG GC, HUANG MC, YIP PS, FAN HF, CHEN YY. Association between childhood adversities and suicide attempts among alcoholic inpatients in Taiwan. **J Stud Alcohol Drugs**. 2013a Jul;74(4):559-64.

II LENAD 2012: Consumo de álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. Resultados Preliminares. www.inpad.org.br/lenad/alcool/resultados-preliminares/. acessado em 18/09/2016.

JAKUBCZYK A, KLIMKIEWICZ A, KRASOWSKA A, KOPERA M, SŁAWIŃSKA-CERAN A, BROWER KJ, ET AL. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. **Child Abuse Negl**. 2014 Sep;38(9):1560-8.

KING, A L S; NARDI, A E; CRUZ, M S. Suicide risk in alcohol-dependent patient with depression. **J Bras Psiquiatr;** 55(1): 70-73, jan.-mar. 2006.

MARLBERGIER, A.; AMARAL R. A. Transtornos relacionados com o uso de substâncias psicoativas. Em: Teixeira L. A.; Caramelli P. **Neurologia cognitiva e do comportamento**. Rio de Janeiro, Revinter, Pp 402-413,2012.

MASUR J, MONTEIRO MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz J Med Biol Res** 1983; 16(3):215-8.

MELEIRO, A M A S. WANG, Y P, MELLO-SANTOS, C. Suicídio e Tentativa de Suicídio.. In: LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H.. (Org.). **Psiquiatria Básica**. 2a. ed. Porto Alegre: ARTMED. 2007.

OCAMPO R, BOJORQUEZ I, CORTÉS M. Substance use in suicides in Mexico: results of the Epidemiological Surveillance System of Addictions, 1994-2006. **Salud Publica Mex.** 2009 Jul-Aug;51(4):306-13. Spanish.

OQUENDO, MA. *et al.* Issues for DSM-V: suicidal behaviour as a separate diagnosis on a separate axis. **Am J Psychiatry**. 165(11): 1383-1384. 2008.

PAZ FILHO GJ, *et al.* Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Rev Assoc Med Bras**. 47(1):65-9. 2001.

PIRES, M C C, *et al*. Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison. **Trends Psychiatry Psychother**. 2012, vol.34, n.1, pp. 25-30.

SANTOS SA *et al.* Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 25(9):2064-2074, set, 2009.

SHAH, A.; PADAYATCHI, M.; DAS, K. The relationship between elderly suicide rates and elderly dependency ratios: a cross-national study using data from the WHO data bank. **International Psychogeriatrics,** v. 20, n.3, p.596–604, 2008.

SIMON GE, *et al* . Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. **Bipolar Disord.** 9:526-530. 2007.

STEFANELLO S, et al. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. **Rev Bras Psiquiatr** 30(2):139-143. 2008.

THORNBERRY TP, et al. The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. J Adolesc Health. 2010 Apr;46(4):359-65. Epub 2010 Jan 4.

VIDAL CEL, GONTIJO ECDM, LIMA LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad Saúde Pública.** 2013;29(1):175-87

WALTON MA; CHERMACK ST; SHOPE JT; BINGHAM CR; ZIMMERMAN MA; BLOW FC; CUNNINGHAM RM.Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: a randomized controlled trial. **JAMA**;304(5): 527-35, 2010 Aug 4.

WERNECK, Guilherme L. *et al.* Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.22, n.10, pp. 2201-2206. 2006.

WOJNAR M; *et al.* Suicide attempts impulsive and non-impulsive in patients treated for alcohol dependence. **J Affect Disord** ; 115 (1-2): 131-9, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

_____. Country reports and charts available. Recuperado de www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/ index.html. 2014.

APÊNDICES

Apêndice A –ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nº do prontuário _____ ____ Grupo : 1-( ) Caso 2-( ) Controle

Entrada ___/__/ __ Entrevistado em _ _/__/ __

Identificação:

Nome: _____

1 – Idade (anos) _____

2- Gênero: 1- ( ) masculino 2- ( ) feminino

3 - Procedência: 1- ( ) Recife 2-( )outra cidade. 3( ) Interior

4 – Situação de convivência: 1- ( ) Sem companheiro 2- ( ) Com companheiro 3-( ) Viúvo ou divorciado.

5 - Orientação Sexual: 1-( ) Heterossexual 2- ( ) Homossexual 3( )Bissexual

6 - Relacionamento Afetivo (atual): 1-( ) Estável 2- ( ) Não estável.

7 – Quantos filhos teve? _____

8- Quantos filhos vivos atualmente: _____

9- Instrução (última série cursada: ____ série nível ou grau: _____; anos de estudo___

10 – Tem ocupação profissional atualmente: 1- ( ) Sim, assalariado 2- ( )Sim, autônomo 3- ( ) Sim, biscateiro 4- ( ) Não 5-( ) Aposentadoria e/ou Pensão 6-( ) Não tem

12- Tem dívidas? 1- ( ) Sim, não sabe como pagar 2- ( )Sim, tem condições de pagar 3-( ) Não

13-Reside: 1- ( )Só 2- ( ) com outras pessoas .

14- Quantas pessoas na sua residência? _____

História da doença atual:

15 - Tentativas de suicídio anteriores: 1 - ( ) Sim 2 -( ) Não

16 - Quantas vezes tentou suicídio? _____

17 - Planejamento da tentativa de suicídio: 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não

18 - Ideação suicida: 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não

Antecedentes Pessoais:

19- Percepção sobre a Infância: 1- ( )Muito Boa 2-( ) Boa 3- ( ) Razoável 4- ( ) Ruim 5- ( )Muito ruim

20- Perda parental precoce? 1- ( ) Sim 2- ( ) Não

21 - Você sofreu algum abuso enquanto criança? ( )Sim ( ) Não

22 De que tipo? ( )Física ( ) Psicológica ( )Sexual

23-Você tem alguém que lhe dê apoio emocional? 1- ( ) Sim 2- ( ) Não

24 -Você alguém que lhe dê apoio financeiro? 1- ( ) Sim 2- ( ) Não

25- Você se considera impulsivo? 1- Sim ( ) 2- Não ( )

História familiar

26-Histórico de transtorno Mental na família? 1-( ) Sim 2- ( )Não

27-História familiar do uso de substâncias psicoativas : 1-( ) Sim 2- ( )Não

28-Grau de parentesco: 1-_____ Tipo de droga :1-_____

29-Idade de Início: 1-____Tipo de Droga/Álcool:1- _____

30-Tempo de consumo:1-_____

31-Padrão de consumo: 1-( ) Diário 2-( ) fins de semana 3- ( ) Dias alternados

32-Já fez tratamento para dependência antes? Sim1- ( ) não2- ( )

33-Uso de medicação: 1-sim ( ) 2-não ( ) 3-Qual? _____

34 – Tentativa de suicídio na família: 1 - ( ) Sim 2 - ( ) Não

35- Motivos associados: _____

36- Método utilizado: _____

Apêndice B –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Avenida da Engenharia s/n – , Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e legislação complementar da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126 8588.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Fatores associados às tentativas de suicídio em pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool atendidos em um centro de referência em dependência química.

Pesquisador Responsável: Camila Cordeiro dos Santos

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (81) 99757-1624

Email: camilachristielly@hotmail.com

Av. Prof. Moraes Rego, s/n Cidade Universitária - Recife - PE. 2º Andar -CEP: 50670-901 Fone: 81 21268539. Programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e ciências do comportamento.

O objetivo da presente pesquisa é investigar quais os fatores psicológicos presentes nas tentativas de suicídio em portadores da síndrome da dependência alcóolica.. A pesquisa será realizada com os pacientes atendidos pelo Núcleo de Dependência Química do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – NEDEQ / HC – UFPE.

Para a realização deste trabalho serão utilizados os seguintes métodos: será aplicado, pela pesquisadora, uma entrevista, com perguntas semiestruturadas próprio para a pesquisa, sendo respondido, de forma individual, em local restrito, pelas entrevistadas, com o intuito de responder aos objetivos da pesquisa com o objetivo de obter os dados sociodemográficos, bem como, escalas e inventários com a finalidade de averiguar a presença ou não de sintomas psicopatológicos.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através das entrevistas, ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, na Rua Maragojipe, 180 Jd. São Paulo, Recife, pelo período de mínimo 5 anos

Essa pesquisa poderá causar um mínimo desconforto ou constrangimento devido a natureza de suas perguntas que podem causar sensibilização nos participantes, vale salientar porém que todos os dados obtidos, serão tratados em sigilo, objetivando manter a integridade da identidade dos participantes. Em contrapartida, a participação será de grande beneficio ao seu tratamento, pois, a identificação das comorbidades psiquiátrica no inicio do tratamento será de grande valia para a eficácia do mesmo, vale ressaltar que as informações obtidas favorecerá a criação de um projeto terapêutico individualizado. Se em algum momento for verificado algum impacto ou desconforto emocional durante o procedimento, o participante poderá ser encaminhado a um profissional de psicologia indicado pela pesquisadora.

Caso você não queria participar deste estudo ou queira se retirar da pesquisa a qualquer momento, não vai haver qualquer prejuízo da continuidade do seu tratamento neste serviço.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Fatores associados às tentativas de suicídio em pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool atendidos em um centro de referência em dependência química, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Camila Cordeiro dos Santos, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data

_____ _____/_____/_____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Testemunha 1: _____

Testemunha 2:_____

Pesquisadora: _____
Camila Cordeiro dos Santos

Apêndice C – Produções acadêmicas realizadas no período de março de 2013 a dezembro de 2016

Artigos completos publicados em periódicos

1. MARTINS, H. A. L. ; SANTOS, C. C. ; RIBAS, V.R. ; SOUGEY, E. B. ; VALECA, M. M. . Depression, Anxiety, and Hopelessness in Patients with Chikungunya Fever in Brazil. **Journal of Neuroinfectious Diseases**, v. 7, p. 1-2, 2016.

2. MARTINS, H. A. L. ; BERNARDINO, S. N. ; SANTOS ; RIBAS, V.R. ; VALENÇA, M. M. . Neuro-chikungunya: a review. **Medical Research Archives**, v. 4, p. 1-13, 2016.

3. MARTINS, H. A. L. ; BERNARDINO, S. N. ; RIBAS, K. H. S. ; SANTOS ; ANTUNES, T. ; RIBAS, Valdenilson Ribeiro ; VALENÇA, M. M. . Outbreak of Neuro-Chikungunya in Northeastern Brazil. **Journal of Neuroinfectious Diseases**, v. 7, p. 1-3, 2016.

4. MARTINS, H. A. L. ; BERNARDINO, S. N. ; SANTOS, C. C. ; RIBAS, V. R. . Chikungunya and Myositis: A Case Report in Brazil. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 10-12, p. 4-7, 2016.

5. MARTINS, H. A. L. ; MENDONÇA SANTOS, KA ; LIMA, L. C. S. ; SANTOS, C. C. ; OLIVEIRA, D. A. ; VALENCA, M. M. ; RIBAS, V. R. . Topiramato e função cognitiva: revisão. **Migrâneas & Cefaléias**, v. 06, p. 12-18, 2015.

6. MARTINS, H. A. L. ; RIBAS, V. R. ; SANTOS, C. C. ; VALECA, M. M. . Por que os pacientes apresentam cefaleia persistente após TCE leve? Relato de caso. **Migrâneas & Cefaléias**, v. 06, p. 52-55, 2015.

7. MARTINS, H. A. L. ; GUERRA, A. A. ; Ribas, Valdenilson Ribeiro ; SANTOS ; VALENÇA, M. M. . Por que os pacientes apresentam cefaleia

persistente após TCE leve? Relato de caso. **Headache Medicine**, v. 6, p. 52-55, 2015.

Capítulos de livro publicados

1. SANTOS, CC. O comportamento violento na esquizofrenia paranoide: fatores etiológicos e predisponentes. IN. MENEZES, W. N. ; SANTOS, C. C. . **Tessitura de Saberes**. 1. ed. Recife: Libertas, 2015.

2. SANTOS, CC. Associação entre a síndrome da dependência alcóolica e tentativas de suicídio. IN: MENEZES W. N. ; LINS, F. A. D**. Psicologias diversas**: Múltiplos olhares. 1. ed. Recife: Libertas, 2015.

3. SANTOS, CC. Neuropsicologia: da concepção à atuação. IN: MENEZES W. N. ; LINS, F. A. D. **Múltiplos olhares em psicologia**. 1. ed. Recife: Libertas, 2014.

Resumos publicados em anais de congressos

1.MARTINS, H. A. L. ; LIMA, L. C. S. ; OLIVEIRA, D. A. ; SANTOS, CC ; MENDONÇA SANTOS, KA ; VALENCA, M. M. . Cefaleia numular e fibromialgia: relato de caso. In: XXIX Congresso Brasileiro de Cefaleia, 2015, Curitiba. **XXIX Congresso Brasileiro de Cefaleia. Rio de Janeiro: Trasso**, 2015. v. 06. p. 85.

2.Filho, M A; SANTOS, C. C.; LEITE, A. H. A influência social na construção da identidade do sujeitoportador da lesão medular (L.M). In: XXII Simpósio do Cérebro, 2014, Recife. **Anais do XXII Simpósio do Cérebro - Neurociências: o cérebro sob o olhar multidisciplinar, 2014.** p. 01-70.

3. SANTOS, C. C.; LIMA, MDC . Fatores predisponentes ao comportamento violento em portadores da síndrome da dependência alcóolica atendidos em um centro de referênciaem

dependência química. In: **XXII Simpósio do Cérebro, 2014, Recife. Anais do XXII Simpósio do Cérebro - Neurociências: o cérebro sob o olhar multidisciplinar. -,** 2014. p. 01-70.

4.SANTOS, C. C.; SOUGEY, E. B. ; LIMA, MDC . Técnicas de neuroimagem em tentativa de suicídio e consumo de álcool. In: XXII Simpósio do Cérebro, 2014, Recife. **Anais do XXII Simpósio do Cérebro Neurociências: o cérebro sob o olhar multidisciplinar., 2014**. p. 1-70.

Apresentações de Trabalho

1.SANTOS, C. C.. Depressão pós parto em mães com crianças portadoras da microcefalia. 2016. (Apresentação de Trabalho/Outra).

2.SANTOS, CC. VIolência Obstétrica. 2016. (Apresentação de Trabalho/Outra).

3.LUSTOSA, M. Q. ; HARTMANN JUNIOR, J. A. S. ; SANTOS, CC . Neurociência e Epiritualidade. 2016. (Apresentação de Trabalho/Outra).

4.SANTOS, C. C.. Saúde Mental. 2014. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

5.SANTOS, C. C.. Avaliação neuropsicológica em portadores de epilepsia. 2013. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).

6. SANTOS, CC; Pires, MC ; SOUGEY, E. B. ; Pereira, MS . Suicídio: Conhecer para prevenir. 2013. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

7. Lima MDC ; SANTOS, CC ; Calixto, Aline ; Mendes, Roberto ; Bandeira, Mariana . Dependência química. 2013. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

8.Pereira, R.C ; SANTOS, CC ; RAMOS, V. P. ; SIMEAO, S. S. S. ; SOUGEY, E. B. ; Lima . Depressão em mulheres com dependência de álcool: Um estudo numa comunidade em Recife. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Outras produções bibliográficas

1.SANTOS, CC. Fatores etiológicos e predisponentes ao comportamento violento na esquizofrenia paranóide 2015 (Apresentação de Trabalho).

2.SANTOS, C. C.. Enigmas comportamentais da Adolescencia 2015 (Apresentação de Trabalho).

3.SANTOS, C. C.. Dependência do Álcool e tentativa de suicídio 2015 (Apresentação de Trabalho).

4.SANTOS, C. C.. História da Neuroanatomia 2014 (Apresentação de Trabalho).

5.SANTOS, C. C.. História da Psicofarmacologia 2014 (Apresentação de Trabalho).

Demais tipos de produção técnica

1. PIRES, MC ; SOUGEY, E. B. ; PEREIRA, MS ; SANTOS, CC . Suicídio: Conhecer para prevenir. 2013. (Curso de curta duração ministrado/Extensão).

2. SANTOS, CC; LIMA ; CALIXTO, Aline ; MENDES, Roberto . Dependência química. 2013. (Curso de curta duração ministrado/Extensão).

ANEXOS

Anexo A – ESCALA CAGE

CAGE

1. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?	**NÃO**	**SIM**
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?	**NÃO**	**SIM**
3. O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?	**NÃO**	**SIM**
4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	**NÃO**	**SIM**

SE pelo menos um "SIM" no CAGE → Preencher AUDIT

\

Anexo B- Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool – AUDIT

AUDIT

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?
   [0] nenhuma
   [1] uma ou menos de uma vez por mês
   [2] 2 a 4 vezes por mês
   [3] 2 a 3 vezes por semana
   [4] 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?
   [0] nenhuma
   [1] 1 a 2
   [2] 3 a 4
   [3] 5 a 6
   [4] 7 a 9

3. Qual a frequência com que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?
   [0] nunca
   [1] menos que mensalmente
   [2] mensalmente
   [3] semanalmente
   [4] diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber, depois de haver começado?
   [0] nunca
   [1] menos que mensalmente
   [2] mensalmente
   [3] semanalmente
   [4] diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes, durante o ano passado, você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?
   [0] nunca
   [1] menos que mensalmente
   [2] mensalmente
   [3] semanalmente
   [4] diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes, durante os últimos 12 meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã, para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?
   [0] nunca
   [1] menos que mensalmente
   [2] mensalmente
   [3] semanalmente
   [4] diariamente ou quase diariamente

7. Quantas vezes, durante o ano passado, você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?
   [0] nunca
   [1] menos que mensalmente
   [2] mensalmente
   [3] semanalmente
   [4] diariamente ou quase diariamente

8. Quantas vezes, durante o ano passado, você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior, porque você estava bêbado?
   [0] nunca
   [1] menos que mensalmente
   [2] mensalmente
   [3] semanalmente
   [4] diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?
   [0] nunca
   [1] menos que mensalmente
   [2] mensalmente
   [3] semanalmente
   [4] diariamente ou quase diariamente

10. Algum parente, amigo, médico, ou qualquer outro profissional da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?
   [0] nunca
   [1] menos que mensalmente
   [2] mensalmente
   [3] semanalmente
   [4] diariamente ou quase diariamente

PONTUAÇÃO = _____ Ponto de corte ≥8

CACHAÇA OU UÍSQUE

1 dose usual (25 ml) de uísque ou cachaça	1 DOSE
→Atenção: A dose "usual" pode ter + de 25 ml	
1 garrafa	30 DOSES

VINHO

1 copo	1 DOSE
1 garrafa de 750 ml	8 DOSES
1 "cooler" de vinho	1 DOSE

CERVEJA

1 copo de cerveja (200 ml)	1 DOSE
1 lata ou garrafa pequena (350 ml)	2 DOSES
1 garrafa de 600 ml	3 DOSES

Anexo C – MINI Plus 5.0 – Risco de suicídio

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : **P. Amorim**

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

Nome do(a) entrevistado(a):		***Número do protocolo:***	
Data de nascimento:	_____	***Hora de início da entrevista:***	_____
Nome do(a) entrevistador(a):	_____	***Hora do fim da entrevista:***	
Data da entrevista:	_____	***Duração total da entrevista:***	_____

	MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	CID-10
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único	F32.x
		Recorrente	☐	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente	F32.x F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	☐	300.4	F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto	☐	nenhum	nenhum
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual	☐	296.00-296.06	F30.x-F31.9
		Passado	☐		
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	☐	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
		Passado	☐		
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	☐	300.01/300.21	F40.01-F41.0
		Vida inteira	☐		
F	AGORAFOBIA	Atual	☐	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	☐	300.23	F40.1
H	TRANSTORNO OBSSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	☐	300.3	F42.8
I	TRANTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	☐	309.81	F43.1
J	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	305.00	F10.1
K	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L	SÍNDROME PSICÓTICA	Atual	☐		
		Vida inteira	☐		
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Atual	☐	296.24/296.04	F32.3/F33.3/F31.2
		Vida inteira	☐	296.24/296.04	F32.3/F33.3/F31.2
M	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	☐	307. 1	F50.0
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
P	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	☐	301.7	F60.2

Anexo D – BDI - Inventário de Depressão *(Beck Depression Inventory)*

BDI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

1
0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

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

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

4
0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5
0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.

6
0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.

7
0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.

8
0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9
0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10
0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11
0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.

12
0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

13
0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

_____ Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.

15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.

19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____Não_____

20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

Anexo E – BHS - Inventário de Desesperança (*Beck Hopelessness Scale)*

BHS

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na **última semana, incluindo hoje**, escureça o círculo com "C", indicando CERTO, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com "E", indicando ERRADO, na mesma linha da afirmação. **Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.**

1.	Penso no futuro com esperança e entusiasmo.	C E
2.	Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.	C E
3.	Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.	C E
4.	Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.	C E
5.	Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.	C E
6.	No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.	C E
7.	Meu futuro me parece negro.	C E
8.	Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum.	C E
9.	Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.	C E
10.	Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.	C E
11.	Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.	C E
12.	Não espero conseguir o que realmente quero.	C E
13.	Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.	C E
14.	As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.	C E
15.	Tenho uma grande fé no futuro.	C E
16.	Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.	C E
17.	É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.	C E
18.	O futuro me parece vago e incerto.	C E
19.	Posso esperar mais tempos bons do que maus.	C E
20.	Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.	C E

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
BHS é um logotipo da Psychological Corporation.

Anexo F – Carta de aprovação do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP-CCS-UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados às tentativas de suicídio em pacientes portadores da síndrome da dependência do álcool atendidos em um centro de referência em dependência química

Pesquisador: Camila Cordeiro dos Santos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 50946015.0.0000.5208
Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.351.670

Apresentação do Projeto:
O comportamento suicida tem sido reconhecido como um problema crescente entre em portadores da síndrome da dependência alcóolica (SDA). Autores referem que o uso do álcool juntamente com outros fatores de riscos facilitariam tentativas de suicídio nesta população, principalmente, quadros depressivos. Através da aplicação de entrevistas e escalas, a presente pesquisa, busca identificar os principais fatores envolvidos nas tentativas de suicídios praticadas por pacientes portadores da SDA com o objetivo de oferecer subsídios fundamentados que possam colaborar na identificação e favorecer a prevenção do risco suicida na população estudada.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Investigar possíveis diferenças entre portadores da Síndrome da dependência alcóolica que tentaram suicídio e os que nunca tentaram.
Objetivo Secundário:
Descrever as características sóciobiodemográficas presentes entre os dois grupos.• Explorar os fatores associados a tentativas de suicídio no grupo dos que tentaram suicídio• Verificar a presença de comorbidades psiquiátricas entre os dois grupos.

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa poderá causar um mínimo desconforto ou constrangimento devido a natureza de suas perguntas que podem causar sensibilização nos participantes, vale salientar porém que todos os dados obtidos, serão tratados em sigilo, objetivando manter a integridade da identidade dos participantes.

Benefícios:

A participação será de grande beneficio ao seu tratamento, pois, a identificação das comorbidades psiquiátrica no inicio do tratamento será de grande valia para a eficácia do mesmo, vale ressaltar que as informações obtidas favorecerá a criação de um projeto terapêutico individualizado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal prospectivo comparativo entre dois grupos de portadores da dependência da síndrome da dependência alcóolica, no qual serão divididos dois grupos. O grupo I , será constituído por pacientes com histórico de tentativas de suicídios enquanto o grupo II, será composto por pacientes sem histórico pessoal ou familiar positivo para tentativas de suicídio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação exigida.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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

Continuação do Parecer: 1.351.670

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

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

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_358741.pdf	13/11/2015 12:29:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_camila_corrigido.docx	13/11/2015 12:29:12	Camila Cordeiro dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMAIORDE18_CAMILA.docx	13/11/2015 12:29:00	Camila Cordeiro dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_camila.docx	13/11/2015 12:05:06	Camila Cordeiro dos Santos	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.JPG	13/11/2015 10:34:50	Camila Cordeiro dos Santos	Aceito
Outros	Curriculo_Murilo.jpg	10/11/2015 22:39:49	Camila Cordeiro dos Santos	Aceito
Outros	Curriculo_Everton.jpg	10/11/2015 22:39:12	Camila Cordeiro dos Santos	Aceito
Outros	LATTES_CAMILA_CORDEIRO.jpg	21/10/2015 16:49:26	Camila Cordeiro dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 04 de Dezembro de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

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